



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Do hospital para o domicílio: A intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na transição situacional vivida pela
pessoa com AVC**

João Pedro Figueiredo Domingos

2014



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Do hospital para o domicílio: A intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na transição situacional vivida pela
pessoa com AVC**

João Pedro Figueiredo Domingos

Professora Doutora Vanda Marques Pinto

2014



Examples of transitions requiring nurses' attention are the hospital admission transition, the discharge transition, (...) the rehabilitation transition...

(Afaf Meleis, 2010)

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Vanda Marques Pinto por toda a orientação, disponibilidade e apoio ao longo de todo este processo;

A todos aqueles que apoiaram, contribuíram e tornaram este trabalho possível;

Um muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MIF – Medida de Independência Funcional

PIC – Pressão Intracraniana

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

RESUMO

O processo de regresso a casa constitui uma transição situacional que pode colocar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em situação de vulnerabilidade e onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pode intervir através das suas competências específicas de modo a facilitar esta transição.

Tendo por base um projeto de formação suportado pela teoria da transição de Meleis, definiu-se como objetivo, desenvolver competências relativas à intervenção do EEER junto da pessoa com AVC e cuidador, na transição situacional vivida no regresso a casa após a alta hospitalar.

A experiência de ensino clínico num serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados na Comunidade permitiu compreender que o regresso a casa da pessoa com AVC representa uma transição situacional que pode ser geradora de outros tipos de transição que decorrem de forma simultânea. A transição situacional apresenta propriedades específicas destacando-se como pontos críticos o momento antes da alta hospitalar e o regresso ao domicílio. A avaliação de EEER contemplando as condições da transição e a identificação dos intervenientes são fundamentais para a identificação das necessidades da pessoa, família e cuidador. Ao longo da transição o EEER pode implementar múltiplas intervenções de vários âmbitos, representando a continuidade de cuidados do hospital para o domicílio um momento crítico. Destaca-se como principais resultados da intervenção os objetivos definidos nos planos de cuidados, a mestria e reformulação de identidade.

Como conclusão verifica-se que uma intervenção organizada e articulada do EEER pode ser fundamental para facilitar este processo de transição, residindo na continuidade de cuidados o principal desafio na melhoria dos cuidados.

Palavras-chave – Enfermagem de Reabilitação, pessoa com AVC, processo de regresso a casa, transição.

ABSTRACT

The discharge process is a situational transition that can put a person with stroke (AVC) in vulnerable situations and where the rehabilitation nurse may care with his specific skills to facilitate this transition.

Based on a training project supported by transition theory Meleis, was defined as objective, the development of skills relating to intervention rehabilitation nurse from the person with stroke and caregivers, lived in situational transition back home after hospital discharge.

The clinical experience in neurosurgery service and the Community service had to realize that the discharge process of the person with stroke is a situational transition that may generate other kinds of transitions deriving simultaneously. Situational transition has specific properties with critical points, the moment before hospital discharge and the time to return home. A evaluation of nursing rehabilitation with the conditions of the transition and the identification of stakeholders are key to identifying the needs of the individual, family and carers. In the transition, the Rehabilitation nurse can implement multiple interventions, representing the continuity of care from hospital to home a critical moment. The main results of the intervention are the objectives defined care plans, mastery and fluid integrative identities.

It is concluded that an organized and coordinated intervention of rehabilitation nurse can be facility this transition process and the continuity of care the main challenge in improving care.

Keywords – Rehabilitation Nurse, person with stroke, home discharge process, transition.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO SITUACIONAL: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO | 16 |
| 2. NATUREZA DA TRANSIÇÃO VIVIDA PELA PESSOA COM AVC NO PROCESSO DE REGRESSO A CASA | 20 |
| 3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA TRANSIÇÃO SITUACIONAL | 25 |
| 3.1 Avaliação de enfermagem de reabilitação | 26 |
| 3.2 Intervenientes no processo de transição | 31 |
| 3.3 Atividades de enfermagem de reabilitação desenvolvidas | 32 |
| 3.4 Continuidade de cuidados do hospital ao domicílio | 42 |
| 4. PADRÕES DE RESPOSTA DA TRANSIÇÃO SITUACIONAL | 46 |
| 5. OUTRAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO | 51 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| BIBLIOGRAFIA | 57 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I – Projeto de Formação | |
| Apêndice II – Caracterização da população | |
| Apêndice III – Plano de cuidado do Sr. H | |
| Apêndice IV – Plano de cuidado do Sr. M | |
| Apêndice V – Jornal de Aprendizagem: Quando não existe uma aparente continuidade de cuidados | |

Apêndice VI – Documento de articulação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação desenvolvido

Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER: ganhos que não são visíveis a todos

Apêndice VIII – Formação sobre aplicação da crioterapia na espasticidade na pessoa com AVC: plano de sessão

Apêndice IX – Formação sobre dispositivos de ajuda para mobilização de secreções: plano de sessão

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|------|
| Figura 1 – Avaliação de Enfermagem de reabilitação: elementos contemplados e competências desenvolvidas | 30 |
| Figura 2 – Intervenientes no processo de transição e competências desenvolvidas | 32 |
| Figura 3 – Âmbito de Intervenção: Prevenção de complicações | 34 |
| Figura 4 - Âmbito de Intervenção: Estimulação neurosensorial | 35 |
| Figura 5 - Âmbito de Intervenção: Reeducação funcional | 37 |
| Figura 6 - Âmbito de Intervenção: Treino de AVDs | 37 |
| Figura 7 - Âmbito de Intervenção: Educacional | 38 |
| Figura 8 – Gestão de prioridades nos cuidados de enfermagem de reabilitação | 39 |
| Figura 9 - Âmbitos de intervenções implementados e competências específicas desenvolvidas | 42 |
| Figura 10 – Padrões de resposta identificados e competências desenvolvidas | 50 |
| Figura 11 - Intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo da transição situacional | 55 |

INTRODUÇÃO

O ciclo de vida é pautado por uma grande variedade de transições que podem tornar-nos mais vulneráveis e afetar a nossa saúde. A pessoa¹ que vivencia uma transição saúde doença devido a AVC, apresenta com a instalação desta patologia, uma necessidade inicial de internamento hospitalar. Após este período, que pode variar em termos temporal terá alta hospitalar, podendo regressar ao seu domicílio, verificando-se assim uma nova transição que pode aumentar ainda mais a vulnerabilidade e a necessidade de cuidados de enfermagem².

As doenças cérebro vasculares em termos estatísticos apresentam uma taxa de mortalidade em 2012 de 63.3 por cada 100000 habitantes, constituindo segundo o Eurostat (2012) em 2009, uma das principais causas de morte nas pessoas com 65+ anos. Além destes dados, o AVC apresenta-se como uma patologia passível de gerar níveis de morbilidade e incapacidade variáveis, levando a uma necessidade de cuidados de enfermagem, que segundo Rocha de Oliveira (2010) são fundamentais em todas as etapas do acompanhamento da pessoa com AVC, devendo ter três objetivos: definir procedimentos na assistência de enfermagem ao doente com AVC desde a fase aguda até à alta hospitalar e que inclui o início precoce da reabilitação; transmitir conhecimentos ao doente, família e/ou cuidador relativos ao autocuidado, apoiando do ponto de vista emocional; e por fim promover a continuidade dos cuidados e o apoio fora do hospital.

É a variedade de cuidados de enfermagem gerais e sobretudo específicos que leva a que o EEER surja como um elemento fundamental da equipa interdisciplinar³ ao

¹ Opto neste trabalho por fazer uso do conceito de pessoa para me referir àquele que necessita ou é alvo de intervenções de enfermagem de reabilitação. Assim, temos por base o conceito definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001) em que pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos (...) que são influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve (...) interage com o ambiente, modifica-o e sofre a sua influência (...) é centro de processos não intencionais fisiológicos. De salientar que a opção pelo conceito de pessoa não choca com outros conceitos utilizados por autores mobilizados ou citados ao longo do trabalho, como seja, cliente, cliente de enfermagem, doente ou utente, os quais serão mantidos de modo a respeitar o ponto de vista do autor.

² Enfermagem é definida neste trabalho como a arte e ciência de facilitar a transição das populações (Meleis, 2010).

³ Interdisciplinar enquanto conceito defendido por Hesbeen (2002) que implica uma maneira de funcionar baseada na complementaridade de atores, sem sobreposições e esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação com a ação do cuidar de uma pessoa e dos seus próximos.

longo das várias transições vividas pela pessoa com AVC. O regresso a casa após AVC constitui uma transição importante no processo de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, estando inerente às competências específicas do enfermeiro de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros 2010) e constituindo um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Além disso, e segundo a Association of Rehabilitation Nurses (2006) de uma prática de enfermagem de reabilitação avançada faz parte o planeamento da alta.

O planeamento da alta teve início na década de 60 nos EUA, onde se procurava ajudar os clientes a enfrentar os problemas que poderiam surgir após a alta. Foram muitos os ganhos obtidos desde então e a este nível apesar do planeamento do regresso a casa se assumir como um elemento fundamental dos cuidados, continuam a verificar-se uma grande variedade de dificuldades e obstáculos a este processo. A evidência científica mostra que as orientações para a alta são dadas no momento da saída do doente e são oferecidas numa grande quantidade e ao mesmo tempo (Pompeu et al., 2007). Verificam-se igualmente dificuldades em termos de articulação entre os profissionais, doentes e familiares (Chen et al. 1999, Dai et al. 1998, Li, 2001, Pan, 2000, citados por Lin et al., 2005), organização em termos multidisciplinares (Martins, 2003), necessidades relacionais com o domínio educacional (Smith e Liles, 2007; Cleary, Horsfall, & Hunt, 2003; Bull e Roberts, 2001) e proximidade com o cliente. (Cleary, Horsfall, & Hunt, 2003)

É um facto aceite que o planeamento do regresso a casa deve iniciar-se no momento da admissão e prolongar-se ao longo do internamento (Huber e McClelland, 2003 citado por Pompeu et. al, 2007). Há a salientar em função do que foi referido acima a importância de se dar continuidade a este processo após a alta hospitalar.

Tal como refere Lin et al. (2005), a base para um planeamento ideal do regresso a casa é baseado no paciente, e as necessidades de saúde são a base para a formulação do plano de cuidados e intervenções adequadas. São estas necessidades que o enfermeiro de reabilitação deve valorizar na sua intervenção junto da pessoa com AVC quando planeia o seu regresso a casa. Além disso, o

EEER pelas suas competências específicas pode à semelhança do que refere Kerr (2012) desempenhar várias funções chave, como seja prática terapêutica, coordenação, advocacia, gestão clínica, conselheiro, consultor e educação.

Pela análise da literatura sobre a temática do planeamento do regresso a casa fica evidente que se trata de um processo complexo que se prolonga no tempo, que necessita de abranger necessidades de vários domínios e onde podem estar presentes múltiplos intervenientes. Assim há que ter em conta o impacto que todo este processo pode ter para além da pessoa, sobretudo em termos da família e cuidadores.

Na continuidade do que descrevi acima, apresento de seguida as razões que me motivaram no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação a optar em termos de projeto de formação (Apêndice I) pela temática do planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC. Em primeiro lugar pelo interesse em termos profissionais pela temática do planeamento da alta e a visão crítica de algumas práticas inerentes a este processo. Em seguida destaca-se a complexidade e exigência que o processo de reabilitação e planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC pode apresentar. O último motivo prende-se com a importância que a intervenção do EEER pode ter a nível desta transição.

Tal como refere Meleis (2012), a teoria não constitui um luxo na disciplina de enfermagem, devendo tornar-se parte integrante do seu léxico, na educação, administração e na prática. O planeamento do regresso a casa pode representar para o cliente⁴ uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, algo que se enquadra segundo Chick & Meleis (1986) no conceito de transição. São nestas passagens que a enfermagem assiste os clientes e famílias nas mudanças e exigências que as transições trazem para o quotidiano (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000). Neste caso concreto, procura-se uma visão abrangente desta transição situacional⁵ de regresso a casa que não cessa no momento da alta hospitalar e onde a continuidade e a componente de

⁴ Meleis (2012) considera cliente de enfermagem como um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e tem uma capacidade de se adaptar mas, devido à doença, risco ou vulnerabilidade à doença, está a passar por um desequilíbrio ou está em risco de sofrer desequilíbrio.

⁵ Transição situacional enquanto um tipo de transição que exige uma mudança espacial ou geográfica (Meleis, 2010)

intervenção a nível comunitário é fundamental. Assim, opto neste trabalho pelo termo processo de regresso⁶ a casa por considerarmos tratar-se de um processo, uma característica inerente à transição e que tal como Chick & Meleis (1986) refere, pode ser um evento curto ou longo, onde há uma sensação de movimento, um desenvolvimento e o final pode não ter as mesmas características do início.

É a partir daqui que optei pela teoria de transição de Meleis, (Apêndice I⁷) sendo a natureza da transição, condições de transição, padrões de resposta e intervenções de enfermagem os principais componentes desta teoria que suportam a temática enquanto enquadramento teórico e conceptual. É igualmente desta teoria da transição e dos contributos de Meleis para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem que são definidos alguns conceitos importantes para este trabalho, os quais procuro apresentar ao longo do trabalho.

Face às razões que apresento para sustentar a opção pela temática e o modelo teórico e conceptual adaptado foi definido em termos de projeto de formação como objetivo geral, desenvolver competências relativas à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e cuidador, na transição situacional vivida no regresso a casa após a alta hospitalar.

Foram igualmente definidos como objetivos específicos: identificar as necessidades da pessoa com AVC relacionadas com a alta hospitalar; identificar os recursos mobilizados em termos de encaminhamento e articulação com a comunidade na alta hospitalar; delinear planos de intervenção direcionados para o regresso a casa junto dos vários intervenientes; identificar a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar promotora da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

⁶ Em termos de elaboração do projeto de formação foi feito uso do termo planeamento do regresso a casa, no entanto a experiência e os conhecimentos explorados e desenvolvidos ao longo do ensino clínico e suporte teórico conceptual, levou-me a substituir este termo por processo de regresso a casa, pois, descreve e reflete de forma mais abrangente a experiência de transição.

⁷ Ver apêndice I, subcapítulo 2.3 Planeamento do regresso a casa enquanto transição situacional, onde se explora a teoria que suporta este trabalho em termos teóricos e conceptuais.

Foram estes os objetivos que, enquanto iniciados⁸ guiaram o meu percurso de ensino clínico no sentido de desenvolver competências inerentes à temática definida e às competências específicas do EEER. Iniciei o percurso de ensino clínico pelo contexto hospitalar num serviço de Neurocirurgia por ser neste local que a transição tem início (Apêndice I⁹). Foram realizadas doze semanas de ensino clínico que permitiram prestar cuidados em várias etapas da fase aguda da pessoa com AVC e planeamento do regresso a casa. De destacar que este acompanhamento ocorreu em diferentes contextos, nomeadamente, unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos, unidade de cuidados intermédios neurocirúrgicos e enfermaria de neurocirurgia. Após esta experiência que me permitiu aperceber da realidade hospitalar da transição situacional vivida pelo cliente com AVC no regresso a casa, dei continuidade à minha aquisição de competências em contexto comunitário numa unidade de cuidados na comunidade onde os cuidados são prestados essencialmente em contexto domiciliário. Neste contexto foi possível dar continuidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes com AVC no regresso a casa após hospitalização.

Apesar do desenvolvimento de conhecimentos e competências ter decorrido em dois locais de ensino clínico, cada um com particularidades únicas, não se procura neste relatório realizar uma total separação em termos de organização das aprendizagens realizadas em cada contexto, mas sim, evidenciar particularidades específicas de cada um à medida que as temáticas são abordadas ao longo do trabalho. Esta ideia fundamenta-se no facto de se procurar valorizar esta transição enquanto um processo tal como descrito acima.

Em relação à organização deste relatório apresento inicialmente uma caracterização da população a quem prestei cuidados de enfermagem de reabilitação direcionados para a temática do projeto. Nos capítulos seguintes opto por me suportar por alguns dos componentes da teoria de transição de Meleis por considerar que possibilitam descrever as atividades e competências desenvolvidas e dão à organização deste

⁸ Iniciado enquanto conceito defendido por Benner, pois, encontrava-me perante novos serviços e onde os objetivos e aspetos inerentes aos cuidados não me são familiares (Benner, 2001)

⁹ Ver Apêndice I, Apêndice II do projeto de formação - Descrição da observação e entrevistas aos Enfermeiros Chefe e Enfermeiros Especialistas e Apêndice IV - Cronograma - Locais e duração dos Ensinos onde se realiza a caracterização dos contextos de ensino clínico e se apresenta o cronograma dos ensinos clínicos.

trabalho um suporte baseado na transição. O segundo capítulo intitulado natureza da transição vivida pela pessoa com AVC no processo de regresso a casa procuro analisar e descrever as experiências de ensino clínico enquadrando-as no tipo, padrões e propriedades de transição. O capítulo que se segue tem por base o componente da teoria da transição sobre as intervenções de enfermagem e é intitulado de intervenções de enfermagem de reabilitação na transição situacional, onde se procura descrever as principais intervenções desenvolvidas ao longo do ensino clínico. Surgem assim quatro sub capítulos, a avaliação de enfermagem de reabilitação, intervenientes no processo de reabilitação, atividades de enfermagem de reabilitação e continuidade de cuidados do hospital para o domicílio. O quarto capítulo descreve os resultados da minha prática de cuidados suportados em indicadores de processo e resultado da transição. Por fim, apresento o quinto capítulo onde se descreve outras atividades que considere de relevância para a minha aprendizagem de desenvolvimento de competência.

Será ao longo dos vários capítulos que procurarei integrar e analisar as atividades realizadas e competências desenvolvidas em termos de projeto e de intervenção do EEER.

1. VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO SITUACIONAL: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A caracterização da população a quem prestei cuidados constitui uma fase importante da elaboração deste relatório pois, podem advir importantes contributos que influenciam os objetivos delineados e além disso, permitem um enquadramento da população a quem foram prestados cuidados. De seguida procuro caracterizar as pessoas a quem prestei cuidados em contexto hospitalar e domiciliário que vivenciaram uma transição situacional de regresso ao domicílio após AVC com alguns dados de avaliação que considero relevantes para a temática.

Ao longo das dezoito semanas de ensino clínico, no sentido de experienciar e obter o maior número de conhecimentos e competências inerentes à intervenção do EEER, foram prestados cuidados a várias pessoas em contexto hospitalar e domiciliário. Desse universo, destaca-se uma população de treze pessoas, oito em contexto hospitalar e cinco em contexto domiciliário para os quais os objetivos de projeto se encontravam mais direcionados, sendo sobre eles que esta caracterização incide (Apêndice II).

Em ambos os contextos, verificou-se um predomínio do género masculino que representa 70% das pessoas cuidadas. Verifiquei igualmente uma média de idades situada nos 69.6 anos que, em termos cronológicos se encontra associada ao envelhecimento. Estes dados são suportados pela literatura, onde se verifica uma maior prevalência desta patologia, taxas de mortalidade e anos de vida perdidos em idades mais avançadas e no género masculino (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Tal como referido, a totalidade das pessoas acompanhadas sofreu um AVC, sendo o tipo e localização do AVC variável, residindo neste facto um dos grande desafios no cuidado a estas pessoas, pois as suas necessidades e capacidade funcional foram variáveis e dependentes das consequências neurológicas da lesão. É neste facto que reside um aspeto importante da minha intervenção, pois desde logo intervi tendo

em vista pessoa como um todo face à grande variedade de necessidades com que me deparei. Verifiquei que o nível de dependência pode ser determinante para o regresso a casa da pessoa ou a sua institucionalização. Há ainda a destacar que a totalidade dos doentes acompanhados no contexto hospitalar apresenta AVC hemorrágico com necessidade de intervenção cirúrgica, sobretudo para drenagem de hematoma.

Os antecedentes pessoais de saúde representam outro dos indicadores que destaco, tendo verificado que à exceção do Sr. G, todas as outras pessoas apresentam antecedentes pessoais de saúde. Este especto torna-se relevante porque ao longo do ensino clínico, algumas das minhas intervenções, sobretudo em termos de prevenção de complicações e reeducação funcional foram direccionadas para problemas relacionados com os antecedentes pessoais de saúde.

Ainda relacionado com a condição de saúde da pessoa, apresento um indicador que, de forma rápida permite dar uma perceção do nível de consciência da pessoa quando iniciei os cuidados. Verifiquei que, este nível de consciência e sobretudo associado a uma perda de autonomia é um fator determinante em termos de planeamento do processo de regresso a casa, sobretudo em termos das respostas de cuidados que mais se adequam às necessidades da pessoa e família. Nestes casos a opção pela institucionalização parecia constituir uma prioridade ou necessidade.

A duração dos cuidados surge como relevante sobretudo em contexto hospitalar e tal como refere a literatura, pode constituir um fator que influencia os cuidados de planeamento do regresso a casa pois as metas previstas para este indicador tendem a ser as mais curtas possíveis, sendo em 2012 de 3.5 dias por grandes grupos da CID9MC e por GCD¹⁰ (Direção Geral da Saúde, 2013). Verifiquei em contexto hospitalar uma demora média de internamento de 43.3 dias. Se considerarmos os dados de 2012 é possível verificar uma demora média de internamento de 11.18 dias por doença cerebrovascular (Direção Geral da Saúde, 2013), claramente inferior ao valor verificado. Há a destacar que a duração dos cuidados em contexto hospitalar reflete na totalidade dos casos o período que decorre desde a admissão,

¹⁰ Siglas que descrevem classificações de doenças utilizadas pela DGS nesta referência bibliográfica.

cirurgia e cuidados nas diferentes unidades do serviço de neurocirurgia. Contrariamente à literatura, esta demora média de 43.3 dias permitiu-me implementar intervenções, como seja de treino que não seriam possíveis com demoras mais baixas. O tempo de internamento pode constituir desafios ao planeamento do regresso a casa, levando a que a continuidade de cuidados se torne uma área fundamental, como abordarei ao longo do trabalho. Em termos domiciliário verificou-se uma duração média dos cuidados de 34.8¹¹ dias, não se verificando qualquer fator ou pressão que limitasse o tempo de cuidados à pessoa. No contexto comunitário, o tempo é determinado pelas necessidades que a pessoa apresenta em termos de cuidados, algo que considero facilitador para a intervenção do EEER ao longo desta transição.

A família constitui-se como fundamental ao longo do processo de planeamento do regresso a casa e desde logo torna-se importante identificar alguns indicadores a este nível. Verifiquei em termos hospitalares que o agregado doméstico era constituído apenas pela pessoa que sofreu o AVC, verificando-se esta situação em mais de 50% dos casos, sendo um fator que condiciona o tipo de resposta em termos de planeamento do regresso a casa, levando à necessidade do recurso à institucionalização, devido à inexistência ou indisponibilidade de um cuidador informal. Segundo Weiss, et al. (2007), viver sozinho é uma das condições a valorizar nas transições, estando associado a um menor grau de preparação para a alta. Em termos do familiar de referência surgem os filhos como os mais representativos, algo esperado face à média de idades desta população e a maioria ser viúvo. O contexto domiciliário apresenta uma realidade diferente, pois, o agregado doméstico é constituído sobretudo pela pessoa com AVC e a esposa(o) sendo este o cuidador. Estes dados estão de acordo com a temática que aborda a aquisição do papel de cuidador, que segundo o modelo de substituição de Shanas citado por Martin (2005), a ordem de aquisição de preferência na aquisição deste papel encontra-se o esposo(a), filhos, outros familiares e por fim os amigos.

Saliento igualmente o destino após a alta, sendo este aspeto de maior relevância no contexto hospitalar sobretudo em termos de articulação e encaminhamento após o

¹¹ A duração dos cuidados em contexto domiciliário cessou no dia em que terminou o ensino clínico, pelo que, quatro dos cinco doentes mantiveram o seu acompanhamento pela equipa de cuidados.

internamento. A este nível verifiquei que apenas uma pessoa teve alta hospitalar para o domicílio, sendo as restantes encaminhadas para os hospitais da área de residência ou RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), levantando outras interrogações em termos de planeamento da alta as quais serão abordadas no decorrer do relatório. Em termos domiciliários não se verificou situações de encaminhamento após a alta nas pessoas cuidadas com AVC, no entanto foi possível observar que neste contexto o encaminhamento quando necessário ocorrer para outras unidades/valências dos cuidados de saúde primários, no sentido de manter vigilância.

Por fim a área de residência da pessoa foi outro dos indicadores explorados, pois, verificou-se em contexto hospitalar que apenas uma pessoa residia na área de influência direta do hospital. Este aspeto pode levar à necessidade de articulação com instituições ou entidades fora da área de influência direta do hospital.

Tal como referenciei inicialmente, desta caracterização surgem importantes dados que serão alvo de análise com o decorrer do trabalho, pois, de forma direta ou indireta influenciam e condicionam o processo de transição situacional vivenciada pela pessoa com AVC.

2. NATUREZA DA TRANSIÇÃO VIVIDA PELA PESSOA COM AVC NO PROCESSO DE REGRESSO A CASA

A natureza da transição constitui o componente da teoria de Meleis que permite enquadrar o processo de regresso a casa da pessoa com AVC em termos de tipo, padrões e propriedades de transição. São estes componentes que exploro neste capítulo pois verifiquei serem importantes para a intervenção do EEER.

Parti para este trabalho com o objetivo de desenvolver competências em relação à transição vivida pela pessoa com AVC no processo de regresso ao domicílio após AVC. A experiência mostrou-me que estamos perante uma transição de tipo situacional por existir uma mudança espacial ou geográfica (Meleis, 2010), no entanto ao longo do ensino clínico, verifiquei que o EEER desde a admissão da pessoa no hospital até à alta de enfermagem de reabilitação depara-se com outros tipos de transição que podem abranger a pessoa ou os que a rodeiam, os quais podem estar direto ou indiretamente envolvidos na transição. Foi uma das minhas preocupações identificar os tipos e padrão de transição vividos pela pessoa neste processo. Além da transição situacional que procuro explorar de forma mais detalhada, identifiquei as seguintes transições:

Transição saúde doença¹² relacionada com a doença aguda e recuperação da deficiência¹³ resultantes do AVC.

Este tipo de transição surge na sequência das lesões neurológicas resultantes do AVC, que podem condicionar à pessoa algum tipo de deficiência. Por serem a face visível da doença aguda, são nestas deficiências que a pessoa centra a sua atenção ao longo do processo de reabilitação, referindo muitas vezes que os seus objetivos passam por recuperar a saúde. Trata-se de uma transição que tem início no contexto hospitalar e prolongando-se no regresso a casa.

¹² Transição saúde/doença, enquanto um tipo de transição em que se vivência um processo de diagnóstico ou recuperação de doença aguda ou crónica (Meleis & Transgenstein, 1994).

¹³ Deficiência enquanto problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda (OMS, 2003).

A experiência mostrou-me que este tipo de transição é central para a pessoa, algo que vai ao encontro da literatura, pois o domínio físico é muito referenciado como uma das principais consequências do AVC, tal como refere Cameron (2013) em relação às alterações a nível físico, Rittaman et al. (2004) face às mudanças no sentido do self e experiências corporais e Mumma (2000) em termos de alterações da mobilidade, independência e capacidade física dos pacientes. A este nível, a minha intervenção tornou-se importante de modo a minimizar o impacto destas deficiências e contribuir para a reabilitação das mesmas.

Transição para a dependência

Tal como refere Sequeira (2010), o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado, o qual pode acontecer de forma abrupta como se verifica no AVC.

Esta transição surge na sequência das deficiências referidas na transição anterior, as quais, podem condicionar à pessoa algum tipo de limitações de atividade¹⁴ e restrições da participação¹⁵. Verifiquei que este tipo de transição tende a instalar-se numa fase mais tardia no contexto hospitalar, por ser nessa altura que a pessoa começa a tomar consciência que algumas das deficiências podem tornar-se permanentes, podendo colocar-se a possibilidade de gerar um ponto crítico.

Transição para o papel de cuidador informal

A terceira transição que apresentou uma maior expressividade está relacionada com o papel de cuidador informal. Na elaboração do projeto de formação considerou-se a família e o prestador de cuidados como um recurso que poderia ser envolvido no processo de regresso a casa de modo a dar resposta às necessidades da pessoa com AVC. O ensino clínico, evidenciou tanto em contexto hospitalar como domiciliário que o prestador de cuidados e a família são mais que um recurso, pois,

¹⁴ Limitações de atividade enquanto dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades (OMS, 2003).

¹⁵ Restrições de participação enquanto problema que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (OMS, 2003).

em muitos casos podem constituir o foco da transição e são fundamentais em termos de suporte para a pessoa que sofre o AVC. Assim com o decorrer da experiência o cuidador era vista como estando a vivenciar uma transição e/ou como elemento fundamental na transição situacional do processo de regresso a casa da pessoa com AVC. Por este motivo torna-se importante considerar que o familiar ou pessoa que assume de forma imprevista o papel de cuidador informal se encontra igualmente a vivenciar uma transição, a qual pode constituir um processo complexo (Sequeira, 2010).

Este tipo de transição assume especial relevância nas situações em que a pessoa com AVC apresenta perda de autonomia e elevado grau de dependência, onde a família e o cuidador apresentam um papel fundamental e a disponibilidade destes para assumir o papel de cuidadores é determinante na possibilidade da pessoa regressar ao domicílio.

Segundo Sequeira (2010), esta transição surge associada aos conceitos de adaptação e crise, em que crise é o evento que desencadeia a necessidade de transição e a adaptação é a forma como cada um experiencia o processo de transição. A experiência mostrou-me que a crise e a adaptação têm lugar no contexto hospitalar, no entanto esta última apresenta uma maior expressão no domicílio, onde a intervenção é mais focalizada.

Após os tipos de transição identificados torna-se inevitável abordar os padrões de transição. No processo de regresso a casa podemos encontrar múltiplas transições tal como descrito acima, as quais ocorreram na totalidade de forma simultânea, tornando-se fundamental a sua identificação no sentido gerir e delinear planos de intervenção que facilitem estas transições.

Outro dos componentes da natureza da transição são as propriedades da transição, nas quais apresentei algumas dificuldades na sua identificação inicialmente. Percebi então que a sua avaliação acontece em vários momento mediante a interação com a pessoa, permitindo perceber a sua presença, as quais são fundamentais para uma transição saudável (Meleis, 2010). A experiência que tive ao longo das transições situacionais dos treze doentes mostrou-me que é fundamental perceber a

consciência que a pessoa apresenta da transição, o compromisso e envolvimento que tem na mesma, as mudanças e diferenças que acarreta, a sua duração e que pontos críticos podem ocorrer.

Em relação à consciência da transição senti que a mesma é mais evidente quando acontecem as primeiras abordagens em termos de planeamento do processo de regresso a casa. São nestes períodos que parece haver uma interiorização de que a alta hospitalar está para breve levando a pessoa a ter uma maior consciência da transição. Em parte esta consciência surge face às intervenções implementadas que procuraram ser próximas da realidade domiciliária. Até à fase que referi acima, parece que a consciência está mais direccionada para uma transição saúde doença, face às deficiências existentes e ao processo de reabilitação em si. Em termos do contexto domiciliário, esta consciência da transição situacional é mais evidente pois a pessoa percebe que além do processo de reabilitação a intervenção é direccionada para o regresso e adaptação ao seu ambiente domiciliário e comunitário.

O compromisso representa uma propriedade da transição que foi fundamental para a minha intervenção. Ao longo do ensino clínico, considero que este compromisso foi evidente em termos de planeamento e participação nos programas de reabilitação implementados e no planeamento do regresso a casa. Igualmente importante e com uma forte expressão em termos domiciliários, foi o compromisso demonstrado pela maioria das pessoas em cumprir intervenções prescritas que poderiam ser iniciadas pela pessoa ou cuidador. Foi igualmente importante constatar que este compromisso se conquista, e para tal foi fundamental fundamentar as minhas intervenções e definir os objetivos para os quais trabalhamos e aos resultados que pretendemos obter.

Na sequência da deficiência, limitações da atividade e restrições da participação surge a mudança, constituindo outras das propriedades inerentes à transmissão. Torna-se relevante que a pessoa tenha consciência destas mudanças as quais podem ser de vários tipos. Mudanças a nível físico; mudanças na forma de dar resposta às necessidades, onde a dependência de terceiros se destaca; mudanças na vida social muito associadas às alterações e modificações quotidianas e mais

expressivas nas pessoas em idade mais jovem; mudança familiar, sobretudo em termos de papéis.

A duração da transição representa uma propriedade presente na totalidade das pessoas com AVC que cuidei e familiares que acompanhei. Em alguns casos, esta duração é percebida pela pessoa enquanto o período de tempo associado ao processo de reabilitação e não propriamente a transição situacional.

Os pontos críticos representam situações ou acontecimentos que aumentam a exposição da pessoa à vulnerabilidade (Meleis, 2010). O planeamento do regresso a casa parece não ser alheio a estes pontos críticos, existindo dois momentos que considero serem de maior relevância. Estes são os momentos que antecedem a alta e onde a pessoa, família e cuidador se confrontam com saída do hospital e a chegada ao domicílio. Estes pontos críticos serão abordados no capítulo que se segue de modo a proporcionar um melhor enquadramento dos mesmos.

Abordámos neste capítulo vários aspetos inerentes à natureza da transição, entre eles, o tipo, padrões e propriedades da transição. Verifiquei pela experiência que constituem elementos importantes em termos da intervenção do enfermeiro de reabilitação no planeamento do regresso a casa a pessoa com AVC. Em termos de operacionalização no plano de cuidados, estes elementos não são avaliados num momento específico, mas são fruto de uma avaliação continua ao longo da transição, podendo surgir em qualquer momento.

3.INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA TRANSIÇÃO SITUACIONAL

Neste capítulo analiso as atividades desenvolvidas ao longo da transição vivida pela pessoa com AVC no regresso a casa nos dois contextos de ensino clínico.

Apesar de não realizar uma análise das atividades por contexto, importa salientar que os mesmos apresentam particularidades específicas, estando vocacionados para dar resposta às necessidades da pessoa em diferentes momentos da situação de doença causada pelo AVC. Assim procuro de seguida descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do processo de regresso a casa da pessoa com AVC tendo por base a transição situacional vivida, destacando sempre que necessários particularidades inerentes ao contexto, momento e tipo de cuidados.

Por considerar que a pessoa que vivencia um AVC e os que a rodeiam se encontram numa situação de vulnerabilidade procurei neste ensino clínico intervir de modo a promover um cuidado transacional que Meleis (2010) define como um acompanhamento e continuidade de cuidados que se tem para evitar maus resultados em populações de risco. Estes benefícios foram comprovados por Naylor & Cleave (2010) ao verificar que o cuidado transacional mostrou melhorias nos resultados de saúde após a alta.

Em função da experiência de ensino clínico, considero como principais componentes da minha intervenção de enfermagem de reabilitação ao longo da transição situacional, a avaliação de enfermagem de reabilitação, a identificação dos intervenientes no processo de transição, atividades de enfermagem de reabilitação desenvolvidas e continuidade cuidados do hospital para o domicílio.

Tal como se verifica na caracterização das pessoas que cuidei, a maioria teve alta hospitalar para outras instituições. Este aspeto não invalidou que a minha intervenção valoriza-se o processo de regresso a casa, sendo contemplado no

planeamento dos cuidados. As diferenças residem exclusivamente em termos de continuidade de cuidados e os desafios que aí se colocam.

Há ainda a referir que procurei documentar os cuidados de enfermagem de reabilitação sob a forma de plano de cuidados¹⁶ fazendo uso da linguagem CIPE e tendo por base algumas das funções do enfermeiro de reabilitação em relação à avaliação, análise dos dados e formulação dos diagnósticos, definição de objetivos, planos de cuidados e implementação (Association of Rehabilitation Nurses, sd).

3.1 . Avaliação de enfermagem de reabilitação

Conhecer a pessoa começa com a avaliação inicial (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). Em qualquer dos contextos de prestação de cuidados a minha intervenção iniciou-se com a avaliação de enfermagem de reabilitação da pessoa com AVC. Sabia à-priori que o planeamento do regresso a casa poderia abranger uma grande variedade de necessidades, o que levou a realizar uma avaliação inicial abrangente no sentido de identificar as reais necessidades da pessoa. Este aspeto vai ao encontro do que Shumacher & Meleis (1994) referem face à avaliação da preparação, enquanto uma intervenção que permite uma avaliação abrangente da pessoa e das condições e padrões de transição no sentido de individualizar as intervenções. Assim foram valorizados os seguintes elementos de avaliação: antecedentes pessoais, história socio familiar, condições habitacionais, situação atual de doença, avaliação do estado de consciência, orientação, atenção, memória, linguagem, pares cranianos, força muscular, postura corporal, amplitude articular, tônus muscular, deglutição, função respiratória, tegumento, eliminação vesical e intestinal, funcionalidade. Nas minhas intervenções enquanto enfermagem de reabilitação, procurei avaliar a capacidade funcional e risco de alterações da mesma, respostas inadequadas e fatores facilitadores e inibidores.

Foi possível verificar que a avaliação inicial é influenciada pelo contexto de prestação de cuidados. Desde logo, a primeira avaliação em contexto hospitalar tem uma grande projeção para a identificação de necessidades de cuidados de

¹⁶ Os planos de cuidados foram alvo de melhoria ao longo do ensino clínico de modo a obter uma melhor qualidade e rigor, pelo que é possível observar diferenças em termos do conteúdo e organização entre cada plano de cuidados.

reabilitação na fase aguda. As necessidades relacionadas com o regresso a casa vão surgindo com o decorrer do internamento. Ao ter transitado de um contexto hospitalar para um contexto de prestação de cuidados domiciliários houve a necessidade de introduzir novos parâmetros a avaliar como seja a segurança do doente. Por outro lado, a componente socio familiar, habitacional e comunitária é largamente explorada neste contexto e as várias funções humanas são avaliadas perante o ambiente do doente e as suas necessidades.¹⁷ Além disso, a visitas domiciliárias permitiram-me avaliar e observar a pessoa, família e o ambiente que a rodeia.

Tal como preconizado por Meleis, nesta avaliação procurei ter em conta as condições de transição no sentido de avaliar condições facilitadoras que pudessem constituir um recurso para o planeamento dos cuidados ou condições inibidoras que pudessem aumentar a vulnerabilidade da pessoa à transição. Foi assim possível identificar as seguintes condições facilitadoras:

Condições pessoais:

A motivação para o programa de reabilitação foi a principal condição facilitadora identificada, pois senti claramente que as pessoas que se encontravam motivadas vivenciavam uma transição mais saudável, sobretudo pelo empenho no programa de reabilitação e resultados obtidos.

Condições comunitárias e sociais:

O apoio familiar e presença do cuidador são aspetos determinantes nesta transição. Em primeiro lugar porque caso não estivessem presentes não seria possível o regresso ao domicílio. Além de cuidadores, têm um papel fundamental em termos dos cuidados de reabilitação, pois, muitas das intervenções implementadas e a continuidade das mesmas passam pelos cuidadores.

A existência de recursos de enfermagem de reabilitação que permitam uma continuidade de cuidados de forma imediatos, pois existem claros benefícios da intervenção atempada a este nível.

¹⁷ Salienta-se que esta organização e elementos da avaliação inicial, a qualidade e rigor das avaliações foram melhorados com o decorrer do ensino clínico.

Surgiu igualmente uma situação onde a experiência anterior de doença e/ou dependência constituiu uma condição facilitadora. Neste caso os familiares tendo por base uma experiência de AVC da pessoa iniciaram o processo para solicitar os apoios necessários à IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) da área de residência.

Como condições inibidoras que poderiam dificultar o processo de transição encontrei:

Condições pessoais:

O elevado grau de dependência, perda de autonomia e indisponibilidade de um cuidador informal coloca necessidades extra inerentes ao processo de regresso a casa.

Verifiquei uma situação em que a condição de saúde do cuidador poderia determinar a sua capacidade de resposta em termos do cuidado informal.

Condições comunitárias e sociais:

No contexto hospitalar o facto de a pessoa viver sozinha, o que em termos de transição situacional implicou a necessidade de recorrer a outros tipos de resposta após a alta hospitalar que excluía o domicílio.

A maioria dos familiares da pessoa com AVC apresentava vida laboral ativa, o que era impeditivo de se tornarem cuidadores informais.

Tal como verificado na caracterização da população a grande maioria das pessoas a quem prestei cuidados residia a mais de 30/40km de distância do hospital. Este aspeto levou a que a presença dos familiares fosse menos frequente. Por outro lado, o doente assim que apresentasse estabilidade clínica era transferido para o hospital da área de residência.

Duas situações de decisões de alta de forma imprevista dificultam esta transição, algo que vai ao encontro do que a literatura refere em termos das dificuldades de organização interdisciplinar no seio das equipas (Martins, 2003).

O tempo de internamento foi referido por uma pessoa como inibidor da transição, pois, segundo ele “estaria sempre na cama” (sic).

A mobilização e utilização de instrumentos de medida para avaliação foi outra das competências desenvolvidas. Ao longo do ensino clínico foram utilizados alguns instrumentos de avaliação que permitiram melhorar a avaliação realizada e mais tarde comparar indicadores. Entre eles recorreu-se à escala de Lower para avaliação da força muscular, a escala de Braden para avaliação do risco de úlcera de pressão, a escala de Morse para avaliação do risco de queda, a escala de Ashworth para avaliação da espasticidade e MIF¹⁸ para avaliação da capacidade funcional. Ainda em termos de avaliação, em contexto comunitário inicie a implementação da goniometria no sentido de obter uma avaliação das amplitudes articulares mais rigorosa tendo por base numa técnica de avaliação fundamentada.

Torna-se importante referir a importância que uma avaliação sistemática tem ao longo deste processo, pois, permitiu-me identificar novas necessidades e avaliar a evolução dos ganhos a nível das várias funções humanas e ao longo do processo de regresso a casa. Segundo a Association of Rehabilitation Nurses (sd), uma das funções do EEER é fornecer uma avaliação permanente do cliente, da família e outros cuidadores, algo claramente essencial neste processo de transição.

Pela experiência vivida considero que, no planeamento do regresso a casa, a avaliação inicial se reveste de grande complexidade e abrangência, representando o início de todo o processo. Deste modo, procurei que a minha intervenção valoriza-se aquilo que é preconizado em termos do início do processo da alta aquando do momento da admissão. Sendo um processo contínuo, considero que na transição situacional do processo de regresso a casa existem dois momentos chave para a avaliação inicial. O primeiro após a admissão hospitalar por ser aí que todo o processo se inicia e o segundo quando o doente regressa ao domicílio uma vez que será acompanhado por novos profissionais e porque as necessidades identificadas

¹⁸ A opção pela MIF assenta no facto de permitir uma avaliação da funcionalidade fiável que mede as capacidades de autocuidado, controlo de esfíncteres, transferência, locomoção, comunicação e cognição. Além disso, permite estabelecer ganhos de reabilitação (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

em contexto hospitalar podem modificar-se face às necessidades do ambiente domiciliário. Este aspeto permitiu-me ultrapassar algumas dificuldades inerentes ao processo da alta hospitalar, pois, tal como verificado por (Grimmer, Moss, & Gill, 2000) muitas das vezes, as necessidades não são conhecidas enquanto se planeia a alta hospitalar.

Todas as minhas avaliações de enfermagem de reabilitação foram registadas no sistema SAPE e de forma paralela nos planos de cuidados elaborados (Apêndice III; Apêndice IV).

Foi através da avaliação inicial de ER e dos aspetos nela contemplados que foi possível desenvolver as competências que são descritas na figura 1.

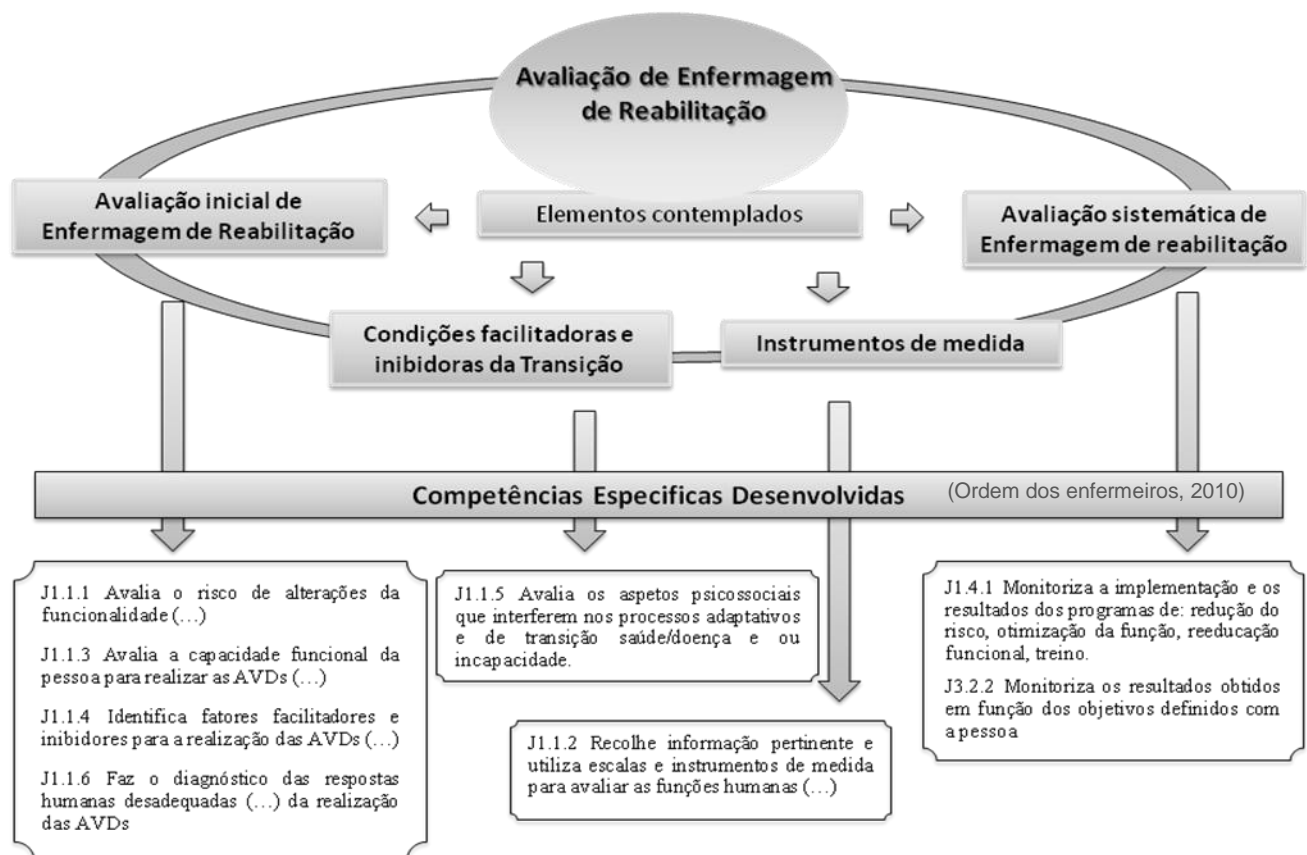


Figura 1 – Avaliação de Enfermagem de reabilitação: elementos contemplados e competências desenvolvidas

3.2. Intervenientes no processo de transição

Uma das atividades definidas em termos de projeto ia no sentido de identificar os intervenientes e alvos da intervenção de enfermagem de reabilitação no processo de transição para o regresso a casa. A ocorrência de um AVC afeta a vida de todos os membros da família e a transição é um processo caótico que afeta doentes, família e cuidadores (Rittman, et al., (2004). Este foi um aspeto verificado ao longo do ensino clínico, sendo estes os principais intervenientes nas minhas intervenções ao longo da transição situacional.

O primeiro interveniente identificado foi a pessoa com AVC, a qual é central na grande maioria das transições que acompanhei, sendo com ela e para ela que as minhas intervenções foram planeadas.

Em termos de projeto foi assumido que o foco dos cuidados de enfermagem de reabilitação no planeamento do regresso a casa seria a pessoa e os restantes elementos como família ou cuidadores eram vistos como recursos necessários para o processo de transição. Esta tornou-se uma opção que desde cedo foi alterada e ignorada, pois, a família e o cuidador surgem igualmente como intervenientes significativos. Esta ideia surge por dois motivos, em primeiro por que são um suporte importante em todo o processo, sendo a sua presença determinante para o doente regressar ao domicílio. Em segundo lugar e tal como se verifica pela caracterização apresentada anteriormente, face a alterações de autonomia e elevado dependência, alguns dos familiares assumem o papel de cuidadores informais, transitando para eles grande parte da minha intervenção, sobretudo direcionada para a capacitação para desempenhar este papel e porque se encontram a vivenciar um outro tipo de transição. Assim, o papel, as necessidades e expectativas dos próximos não podem ser minimizados, devendo ser incluídos e abrangidos pelo processo de reabilitação (Hasbeen, 2002).

Foi possível em algumas situações envolver outros elementos do agregado doméstico, como sobrinhos e onde a minha intervenção passou sobretudo pelo envolvimento e ensino sobre como colaborar planeei os programas de reabilitação implementados, tendo sido uma intervenção mais desenvolvida em contexto

domiciliário face à proximidade com os mesmos. Foi perceptível que esta discussão é fundamental, pois, tanto a pessoa como a família ou cuidador desejam ser informados dos cuidados e participar na discussão dos objetivos dos programas de reabilitação. Foi assim possível desenvolver as competências identificadas na figura 2.

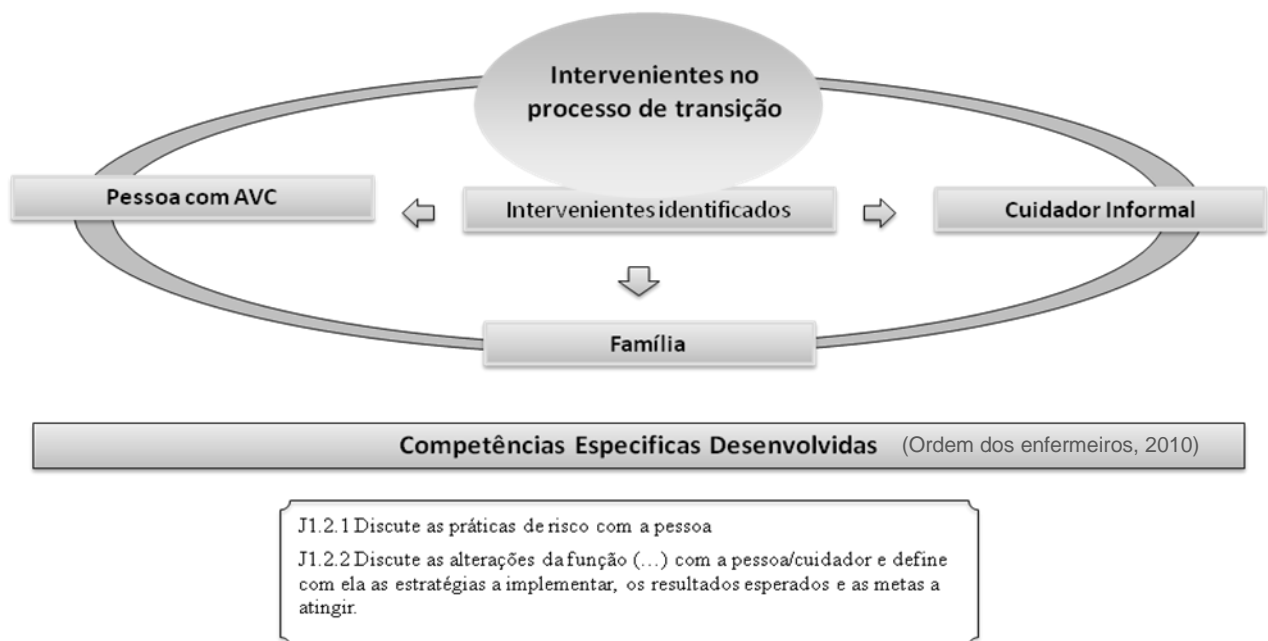


Figura 2 – Intervenientes no processo de transição e competências desenvolvidas

3.3. Atividades de enfermagem de reabilitação desenvolvidas

Após a avaliação inicial, a identificação dos intervenientes e a análise das necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação, procurei delinear planos de intervenção no sentido de dar respostas às necessidades identificadas. Desde logo surgiu um desafio, como separar cuidados de enfermagem de reabilitação direcionados para a reabilitação da deficiência e limitações de atividade resultantes do AVC e cuidados direcionados para o processo de regresso a casa. A experiência mostrou-me que muitas das intervenções implementadas podem dar

resposta a ambos, sendo o objetivo que as suporta que determina a abrangência da intervenção.

A especificidade da minha temática de projeto ofereceu-me a possibilidade de desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação que dessem resposta às várias necessidades que a pessoa com AVC apresentava ao longo do processo de regresso a casa e que podem abranger vários domínios, como seja, sentido do self e experiências corporais, mudanças na conectividade e mudanças na integração comunitária (Rittman, et al., 2004). Segundo Lin et al. (2005), um planeamento ideal da alta é baseado no paciente, e as suas necessidades de saúde, que são a base para a formulação do plano de cuidados e intervenções adequadas. Assim as intervenções desenvolvidas foram influenciadas pelo contexto, momento e situação da pessoa, mas, tiveram sempre por base as necessidades da pessoa e cuidador. Este aspeto vem evidenciar a complexidade desta transição e a grande capacidade que o EEER deve ter para dar resposta a todas as necessidades com que se depara.

Foram várias as intervenções de enfermagem implementadas, as quais estão diretamente relacionadas com as necessidades de cada doente, resultantes de quadros clínicos distintos (Menoita, 2012). Pela grande variedade de atividades que implementei, opto por realizar o seu agrupamento por âmbito de intervenção: intervenções de âmbito preventivo; estimulação neurosensorial; reeducação funcional; treino de AVDs, educacional e outras intervenções. Dentro de cada âmbito de intervenção e sob a forma de figura, serão identificados os princípios diagnósticos de enfermagem de reabilitação para os quais implementei as atividades¹⁹.

Prevenção de complicações

Ao longo do ensino clínico muitas das intervenções foram de âmbito preventivo. As características do AVC e a seu processo de evolução colocam a pessoa vulnerável a

¹⁹ Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação identificados e as atividades implementadas têm por base a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Trata-se de uma classificação reconhecida pelo ICN e OE. A opção por esta classificação assenta em duas razões, em primeiro por se encontrar implementada nos contextos de ensino clínico e em segundo, pelo desenvolvimento feito para descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação tendo por base a CIPE.

vários riscos, que podem abranger várias funções humanas. Trata-se de um tipo de intervenção que foi implementada ao longo de todo o processo de regresso a casa, pois o risco de complicações encontrou-se sempre presente e por vezes são crescentes em função dos ganhos obtidos e pela confiança que a pessoa desenvolve. Este tipo de intervenção foi desenvolvido nos dois contextos e direcionada para os diagnósticos de identificados na figura 3.

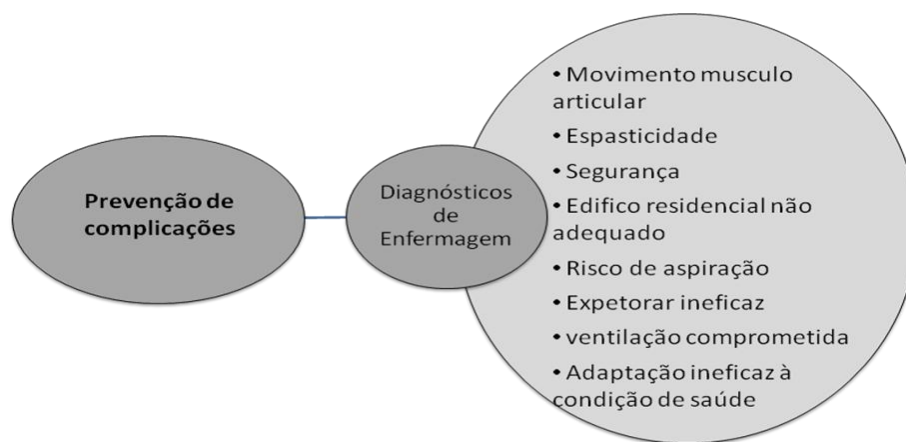


Figura 3 - Âmbito de intervenção: Prevenção de complicações

Neste âmbito de intervenção, as atividades não foram apenas direcionadas para a pessoa, assumindo o cuidador um papel fundamental. Foram implementadas intervenções em que o objetivo era capacitar o cuidador para a prevenção de complicações junto da pessoa com AVC e em relação às intervenções que desempenha enquanto cuidador informal.

A relevância deste tipo de intervenção no planeamento da alta é fundamental pois é necessário uma intervenção precoce desde a fase aguda imediata, de modo a prevenir possíveis complicações que possam dificultar e/ou prejudicar o processo de reabilitação e o processo de regresso a casa. É fundamental prevenir complicações de modo a manter a pessoa com AVC e o cuidador nas condições ótimas para progredir em direção a uma transição saudável.

Estimulação neurosensorial

As intervenções desenvolvidas neste âmbito não se encontravam previstas em termos de atividades de projeto, no entanto a experiência de ensino clínico veio evidenciar que têm importantes benefícios para a transição, sobretudo em termos de complemento de intervenções de outros âmbitos.

Estas atividades foram dirigidas sobretudo a duas situações. A primeira em relação à estimulação da pessoa com alterações do estado de consciência, onde a minha intervenção foi sobretudo direcionada para a estimulação sensorial através dos órgãos dos sentidos, tendo obtido como resultados movimento de abertura dos olhos, direcionar do olhar ou alterações da PIC (Pressão Intra Craniana).

A segunda situação envolve o complemento de outras intervenções de âmbito de reeducação funcional e treino de AVDs, onde atividades direcionadas para estimulação sensitiva, visual, movimento “offline” e estimulação dos neurónios espelho assumem maior expressividade. Segundo Vries & Mulder (2007) os estudos sugerem que a informação fornecida pela imaginação e observação dos movimentos podem ser úteis no processo de reabilitação da pessoa com AVC.

De destacar ainda neste tipo de intervenções, as aprendizagens e experiência desenvolvida pela partilha com outros colegas sobre a terapia de caixa de espelho na reabilitação do esquecimento unilateral.

As atividades desenvolvidas neste âmbito de intervenção foram direcionadas para os diagnósticos identificados na figura 4.

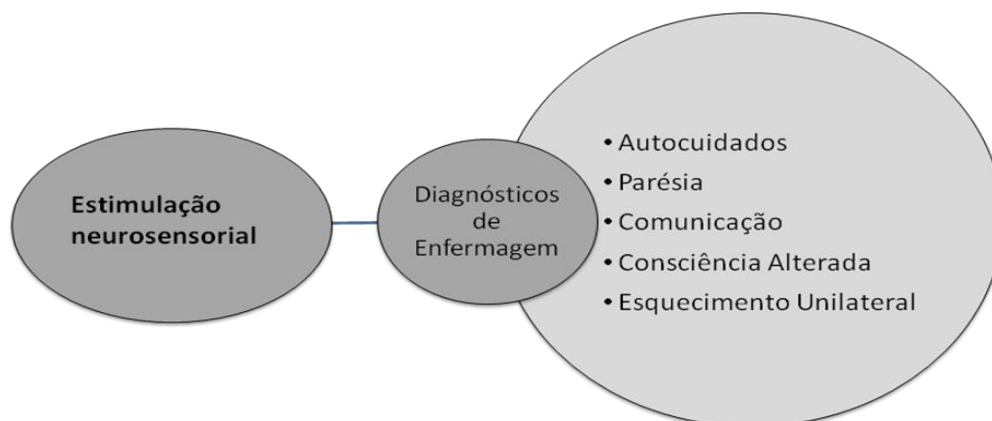


Figura 4 - Âmbito de intervenção: Estimulação neurosensorial

Reeducação funcional

As intervenções implementadas no âmbito da reeducação funcional procuraram junto da pessoa aumentar a sua capacidade funcional, potencializando e ajudando-a a utilizar as suas capacidades, utilizando estratégias facilitadoras ou diminuindo as exigências do ambiente. Segundo a Association of Rehabilitation Nurses (sd), uma das missões do enfermeiro de reabilitação é melhorar o nível de funcionalidade de indivíduos com deficiência ou doença crónica.

Trata-se de um tipo de intervenção fundamental para a reabilitação da pessoa com AVC e para o processo de regresso a casa. Face à deficiência, foi através da reeducação funcional que se iniciou o processo de reeducação da pessoa para as necessidades que surgem ao longo da transição, seja em contexto hospitalar ou domiciliário. A este nível foi fundamental a prescrição de intervenções que podem ser iniciadas pelo doente e família, as quais se vêm a mostrar fundamentais no processo de reabilitação e determinantes nos ganhos obtidos.

Há a destacar a necessidade de intervir ao longo da transição a nível de reeducação funcional, tendo por base problemas e necessidades relacionadas com antecedentes pessoais de doença crónica, os quais poderiam condicionar risco de complicações. Este foi um aspeto que mostra uma vez mais a abrangência da intervenção do enfermeiro de reabilitação face à valorização dos antecedentes e história de saúde prévia da pessoa.

Tive igualmente a possibilidade de desenvolver competência em relação à prescrição e ajuda na tomada de decisão sobre ajudas técnicas e reeducação funcional com recurso a dispositivos de ajuda. A este nível a minha intervenção procurou substituir ou compensar a função, trabalhando com a pessoa para que esta possa desenvolver e alcançar determinados objetivos usando meios diferentes aos usados antes da lesão (Cancela, 2008 citado por Menoita, 2012).

As atividades implementadas visaram os diagnósticos identificados na figura 5

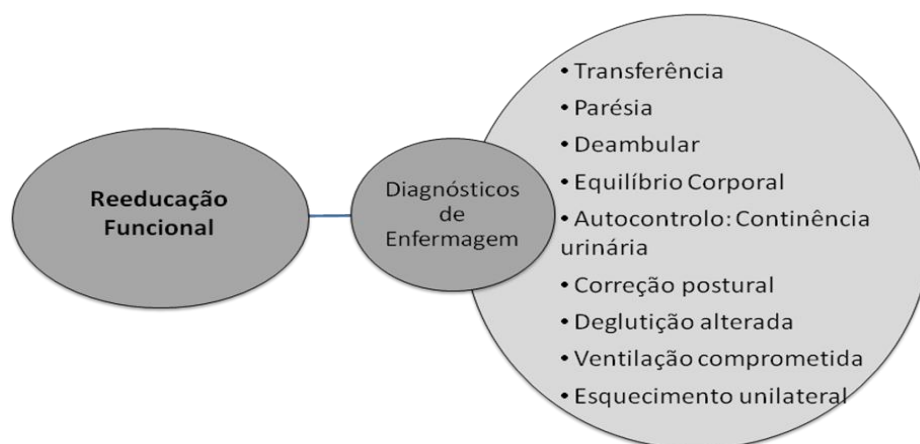


Figura 5 - Âmbito de intervenção: Reeducação funcional

Treino de AVDs

O treino é um método que usando a prática repetitiva de tarefas visa restabelecer a capacidade de execução de AVDs da pessoa (Umphred, 2010).

As intervenções realizadas no âmbito do treino de AVDs permitiram-me ao longo da transição realizar em contexto hospitalar treino específicos para múltiplas AVDs necessárias à satisfação das necessidades da pessoa. Por outro lado, no contexto domiciliário desenvolvi treino específico de AVDs para as necessidades da pessoa inserida no seu ambiente domiciliário e comunitário. Foi neste âmbito de intervenção que desenvolvi atividades promotoras da integração no ambiente comunitário, pois, algumas das atividades foram implementadas no exterior da habitação. O treino de AVDs foi um tipo de intervenção bastante valorizado pois, só treinando foi possível desenvolver capacidades em relação aos diagnósticos identificados na figura 6.

Uma vez mais há semelhança do que acima foi referido, no treino de AVDs, a prescrição de intervenções foi muito valorizada. O treino de dispositivos de ajuda foi outra das atividades implementadas ao longo do ensino clínico, centrando-se sobretudo em dispositivos como amarelo, tripé, dispositivos de transferência e dispositivos de higiene.

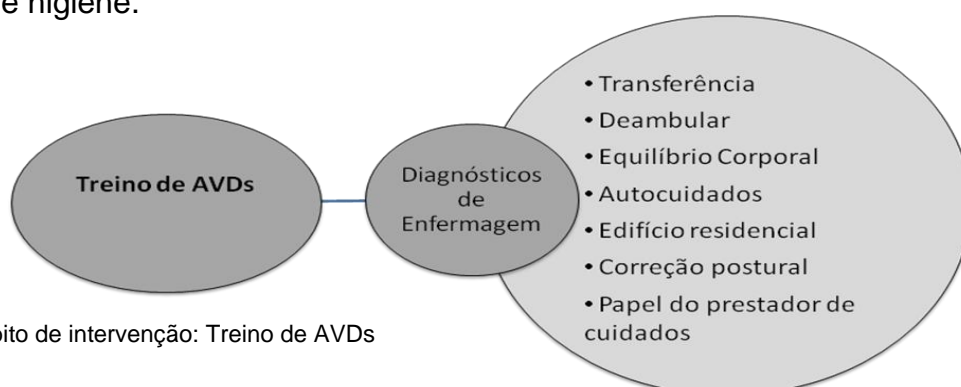


Figura 6 - Âmbito de intervenção: Treino de AVDs

Intervenções de âmbito educacional

As intervenções desenvolvidas no âmbito educacional procuraram capacitar a pessoa, família e cuidador com conhecimentos que permitiram dar resposta às necessidades que estão presentes e que podem surgir ao longo da transição.

Estas intervenções apresentam como característica estarem presentes e complementarem intervenções que são desenvolvidas em termos de prevenção de complicações, estimulação neurosensorial, reeducação funcional e treino de AVDs.

A sua abrangência ao longo do meu ensino clínico foi bastante vasta abarcando múltiplas funções humanas, diagnósticos de enfermagem de reabilitação (figura 7) e aspetos inerentes ao processo da transição, valorizando um dos papéis mais representativos do enfermeiro de reabilitação, a educação e a informação em saúde (Kerr 2012; Portillo e Cowley 2010; Association of Rehabilitation Nurses, sd)

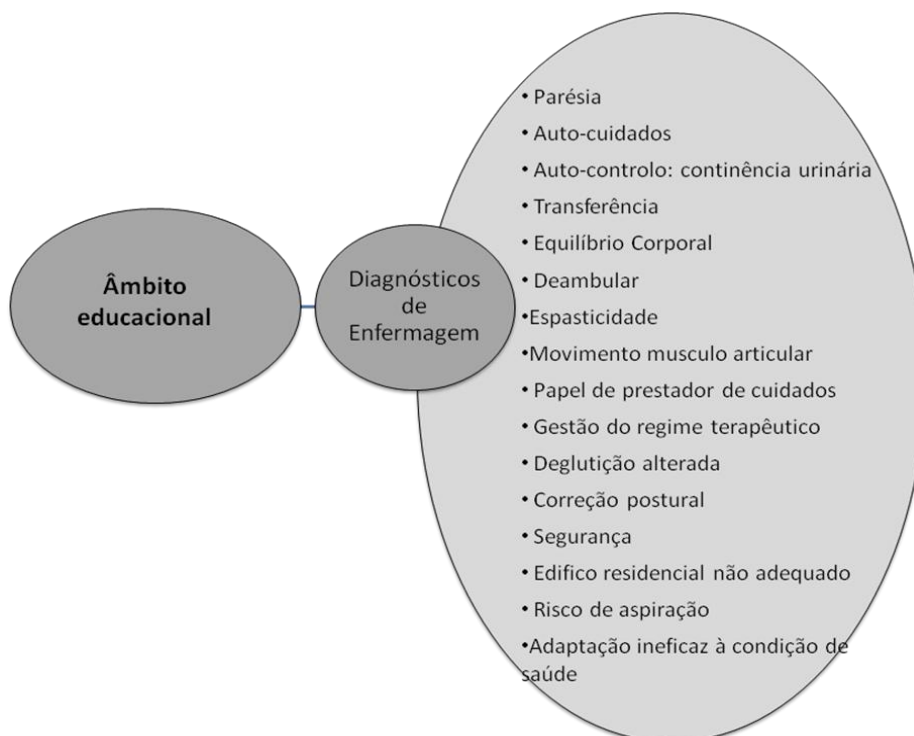


Figura 7 - Âmbito de intervenção: Educacional

Este âmbito de intervenção vai ao encontro de uma das intervenções definidas por Shumacher & Meleis (1994), a preparação que constitui uma intervenção em que a educação surge como uma modalidade para criar condições ideais à transição. Além disso o ensino para a alta é visto por Weiss, et al. (2007) como uma intervenção de enfermagem na transição, estando associado a uma perceção positiva do planeamento da alta.

É possível constatar a complexidade das necessidades com que o enfermeiro de reabilitação se pode deparar ao longo desta transição. Deste modo, a gestão de prioridades nos cuidados a cada pessoa e cuidador assume especial relevância tendo sido uma competência desenvolvida de forma crescente ao longo do ensino clínico e que procuro demonstrar de forma esquemática (figura 8).

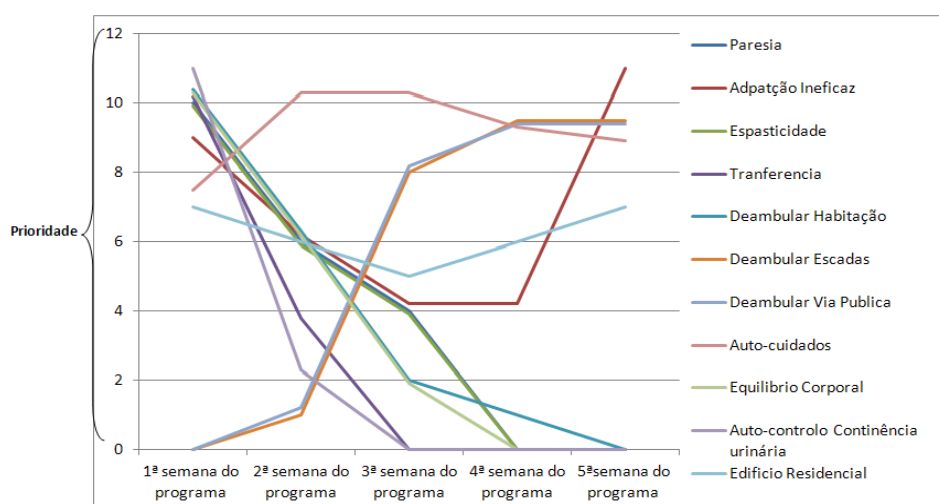


Figura 8 - Gestão de prioridades nos cuidados de ER

Com este esquema pretendo demonstrar numa pessoa cuidada as prioridades de intervenção ao longo das semanas em função dos diagnósticos identificados. Foi definido de forma aleatória a prioridade da intervenção em que 0 representa nenhuma prioridade e 10 prioridade máxima. Assim é possível verificar que no programa, as intervenções e a duração das mesmas nas sessões são implementadas em função da prioridade dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, os quais estão dependentes das avaliações realizadas e dos ganhos e resultados obtidos.

Outras intervenções desenvolvidas

Ao longo do processo de regresso a casa foram desenvolvidas algumas atividades em termos de consultor²⁰ tal como defendido por Kerr (2012) e Association of Rehabilitation Nurses (sd), sobretudo direcionadas para a pessoa com AVC, cuidador e outros profissionais de saúde. Este tipo de intervenção apresenta como característica a forma como a intervenção e as ações têm início. Em primeiro lugar, a intervenção pode ter por base necessidades identificadas e foi iniciada por mim no sentido de ajudar a pessoa, família ou cuidador nas escolhas relacionadas com a transição e a desenvolver uma postura ativa para determinado comportamento ou ação. Verificou-se igualmente situações em que a intervenção era iniciada pela pessoa, família, cuidador ou outros colegas, tendo por base uma necessidade de ajuda. Em termos objetivos esta consultadoria foi direcionada para ajudar a pessoa e família na toma de decisão em relação à escolha da melhor resposta de cuidados após a alta hospitalar, dos recursos que poderiam ser mobilizados em termos de apoio domiciliário, envolvimento da família, respostas às necessidades da pessoa e cuidador, tomada de decisão em relação à aquisição de dispositivos de ajuda e como dar resposta a necessidades específicas.

Ainda em relação a este âmbito de intervenção destaco a minha intervenção em relação à adequação do edifício residencial, no sentido de promover o processo de reabilitação, a segurança, facilitar os cuidados do cuidador informal e melhorar o processo de regresso a casa. Esta é uma intervenção fundamental pois tal como refere Talbot et al. (2004), uma das necessidades da pessoa com AVC e a adaptação à residência. Além disso, Schumacher, Jones & Meleis (1999) defendem a importância da criação de um ambiente saudável enquanto intervenção do enfermeiro perante transições em populações.

Pelas suas particularidades, no contexto domiciliário emergem outras intervenções de relevância do enfermeiro de reabilitação em termos do processo de transição. A gestão clínica representa um âmbito de intervenção fundamental num contexto em que os recursos e as respostas em termos de cuidados de saúde são

²⁰ Consultor enquanto aquele que é perito em determinado assunto e presta conselho ou consulta sobre matérias inerentes à sua especialidade (Porto Editora, 2012)

desencadeados após avaliação do enfermeiro. Este aspeto reforça a importância da intervenção que o enfermeiro de reabilitação pode ter a nível da gestão de cuidados para a pessoa (Association of Rehabilitation Nurses (sd)).

A adaptação à nova condição de saúde por parte da pessoa e novos papéis por parte do cuidador leva-me a evidenciar a intervenção enquanto facilitador desta adaptação, pois cabe ao EEER ajudar os indivíduos e famílias a adaptarem-se às mudanças da vida causadas pela doença ou incapacidade (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). Além disso, estas atividades foram ao encontro do papel de suplementação, que segundo Meleis (2010), permite de forma preventiva ou terapêutica ajudar a pessoa e os que a rodeiam a compreender as novas competências, papéis e identidades a desenvolver.

Tive a oportunidade de realizar a documentação dos cuidados prestados em termos de planeamento, implementação e avaliação de resultados. Este registo foi realizado na plataforma SAPE com recurso à linguagem CIPE. Senti algumas lacunas em relação aos registos no sistema SAPE por não refletir com objetividade as avaliações realizadas, o planeamento dos cuidados e complexidade e abrangência das intervenções de enfermagem. Foi igualmente realizado a documentação das avaliações dos instrumentos de avaliação, muitos deles em registos paralelos em suporte de papel. Estes registos permitiram-me desenvolver competências em termos da utilização de uma nomenclatura inerente aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por fim há a destacar em relação ao contexto hospitalar que as atividades descritas acima foram implementadas ao longo do período de internamento de modo a evitar os obstáculos verificados por Pompeu et al. (2007) em relação às orientações para a alta serem dadas no momento da saída da pessoa.

Foram as intervenções implementadas e que agrupei em âmbito de intervenções que foi possível desenvolver algumas das competências específicas do EEER, as quais se encontram descritas nas figura 9.

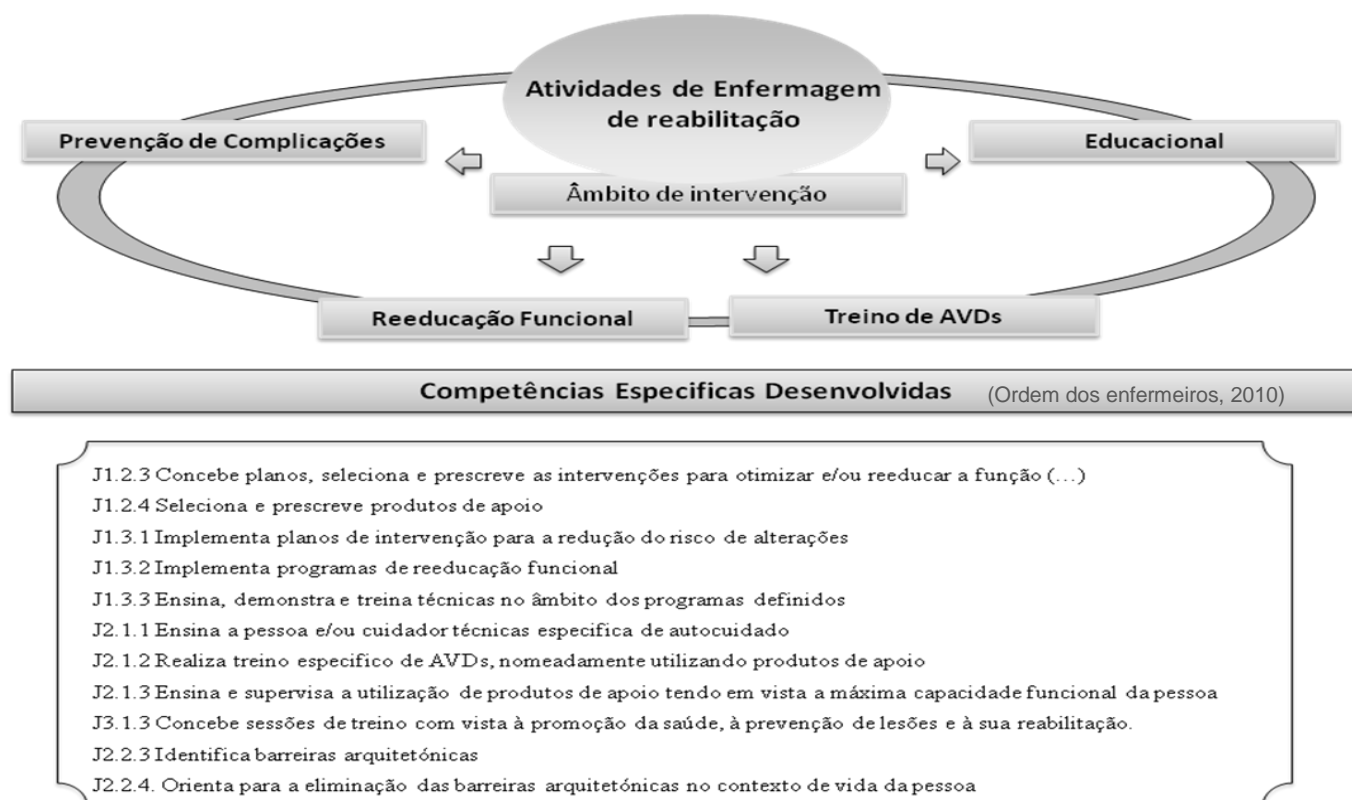


Figura 9 - Âmbitos de intervenções implementados e competências específicas desenvolvidas

3.4. Continuidade de cuidados do hospital para o domicílio

A transição do contexto hospitalar para o domicílio representa um momento importante no processo de regresso a casa após o AVC e onde a continuidade de cuidados deve ser largamente explorada. Foi neste âmbito que identifiquei os principais pontos críticos desta transição. O primeiro momento identificado ocorreu em contexto hospitalar e representa a proximidade e o momento da alta hospitalar. Este ponto crítico surge tanto para a pessoa como para o cuidador e advém da tomada de consciência de que o apoio e suporte existente no contexto hospitalar mudarão. Por outro lado, este momento é ainda reforçado pelo desconhecido e pelas necessidades que podem surgir em termos do regresso a casa. Apesar de apenas uma das pessoas e cuidador em contexto hospitalar ter alta para o domicílio, é necessário desenvolver esforços de planeamento intensos, se se pretende uma reintegração comunitária bem sucedida (Boylan & Buchanam, 2011).

Na sequência desta continuidade de cuidados, o início da minha intervenção em contexto domiciliário veio evidenciar algumas fragilidades entre o momento da saída

do hospital e o início do acompanhamento pela equipa no domicílio que poderia demorar em alguns casos sete dias. Neste período o doente não usufruiu de qualquer cuidado de enfermagem de reabilitação e tanto ele como o cuidador não tinham qualquer suporte formal em relação às necessidades que já apresenta ou às necessidades que surgem com o regresso a casa. Assim esta chegada ao domicílio após a alta hospitalar representa um ponto crítico. Além disso, em termos comunitário, não verifiquei a existência de uma continuidade de cuidados, a qual poderia ter por base várias justificações, como seja a inexistência de cuidados de reabilitação no hospital ou simplesmente porque a continuidade de cuidados não foi efetuada. A mesma situação de carência de informação foi verificada pela ausência de suporte escrito em relação à condição da pessoa. Este aspeto vem dificultar a intervenção do EEER para oferecer um acompanhamento do cliente como parte de um contínuo entre os serviços de saúde e o domicílio (Association of Rehabilitation Nurses, sd).

De certo modo este aspeto vem reforçar a importância da articulação e continuidade dos cuidados, nomeadamente em garantir a certeza de que, estas duas componentes da transição se encontram asseguradas. A própria literatura evidencia que a alta é um processo complexo sendo necessário uma coordenação entre os profissionais do hospital, da comunidade e cuidadores para obter resultados satisfatórios (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

A caracterização da população mostrou que apenas um doente teve alta hospitalar para o domicílio, sendo os restantes encaminhados para a RNCCI e outros hospitais ou unidades de convalescença da área de residência. Nestes casos a continuidade estaria dependente da existência de recursos humanos com competências específicas de enfermagem de reabilitação ou outras categorias profissionais com capacidade de trabalho de forma interdisciplinar.

Foram então desenvolvidas algumas atividades no sentido de promover a articulação e continuidade dos cuidados prestados. Entre essas atividades destaca-se o contacto telefónico com as unidades de saúde primárias no sentido de perceber a existência de recursos de reabilitação na área de residência que dessem continuidade aos cuidados. O processo da alta fica facilitado quando os enfermeiros

têm um conhecimento aprofundado dos recursos disponíveis na comunidade para a reintegração (Boylan & Buchanam, 2011).

Este contacto permitiu perceber que é um recurso a valorizar face à existência de enfermeiros de reabilitação nestas unidades e a disponibilidade demonstrada para a articulação e continuidade dos cuidados. Ficou igualmente demonstrado através do planeamento da alta de outros doentes sem AVC, que esta articulação telefónica entre enfermeiro de reabilitação do hospital e da comunidade torna esta continuidade de cuidados mais efetiva levando mesmo à discussão das melhores intervenções em cada caso. Trata-se de um recurso a utilizar em qualquer situação de alta hospitalar, podendo-se deste modo antecipar situações semelhantes à relatada no jornal de aprendizagem (Apêndice V). Por outro lado considero que será possível desenvolver outras atividades que permitam melhorar esta continuidade de cuidados, como seja a criação de protocolos de atuação entre profissionais do hospital, comunidade e outras instituições. Pela experiência relatada no jornal de aprendizagem (Apêndice V) ficou claro que, ao não existir uma articulação que permita a continuidade de cuidados, o trabalho realizado ao longo do período de internamento pode ser desperdiçado.

A nota de transferência²¹ de enfermagem de reabilitação constituiu um recurso importante que foi mobilizado no sentido de promover a continuidade de cuidados. Tive oportunidade de realizar vários documentos dirigidos a unidades hospitalares e CMFR, onde procurei descrever as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas e a situação atual do doente. Mais uma vez verifica-se que a carta de transferência elaborada através do sistema SAPE não demonstra a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, exigindo realizar uma nota descritiva em observações.

Face às limitações do documento atual, a importância que o mesmo tem na continuidade dos cuidados e da visibilidade que os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ter, desenvolvi no contexto hospitalar um documento de articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, o qual foi ao encontro de

²¹ A importância deste documento pode ser fundamentada no despacho n.º 2784/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde relativo às notas de alta médica, de enfermagem e notas de transferência.

uma necessidade manifestada pela Enfª Chefe. Baseado na linguagem CIPE, procurei no documento refletir os diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no momento da alta hospitalar, o programa de enfermagem de reabilitação implementado no momento e as principais vigilâncias (Apêndice VI). Apesar de não ter sido possível até ao momento, tenho procurado realizar uma programação do documento no sentido de o tornar informatizado. O documento foi alvo de discussão em sessão de formação entre a equipa

Por fim, considero que poderá residir na continuidade de cuidados uma etapa fundamental do processo de regresso a casa. De certo modo parece clara a necessidade de abandonar um “pensamento” em que a alta se prepara no hospital, ficando em “standby” entre a saída da pessoa e o início dos cuidados no domicílio, sendo substituído por uma intervenção focada num “pensamento” onde os cuidados são contínuos e assegurados de forma imediata e em articulação entre os contextos e intervenientes.

4. PADRÕES DE RESPOSTA DA TRANSIÇÃO SITUACIONAL

No decorrer da transição torna-se importante perceber como as pessoas vivenciam este processo. Neste capítulo abordo os padrões de resposta que permitem evidenciar indicadores de processo e indicadores de resultado identificados ao longo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os quais tal como Chick & Meleis (1986) referem, podem surgir dos comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição.

Na minha prática, os indicadores de processo surgiram ao longo da transição e a sua identificação permite perceber o progresso da pessoa, se em direção à saúde ou à vulnerabilidade, permitindo um planeamento ou intervenção atempada pelo enfermeiro (Meleis, Sawyer, Im, DeAnne, & Schumacher, 2000). A experiência mostrou-me que, todos estes indicadores de processo surgiram dos comportamentos observáveis ao longo dos cuidados prestados.

No decorrer dos cuidados prestados, consegui identificar algum risco de vulnerabilidade associado a cada um dos indicadores de processo da transição. Em relação ao sentir-se ligado, verifiquei duas situações em que a ligação aos familiares era propícia a causar vulnerabilidade sobretudo associado a relações conflituosas intrafamiliares, algo prévio à situação aguda de AVC e que exigiu a necessidade de uma mediação. Enquanto profissional e durante os cuidados prestados considero ter havido um sentimento de ligação com a pessoa com AVC, família e cuidador que simultaneamente se caracterizava por uma interação ao longo dos cuidados. Este sentimento de ligação e interação acabou por se traduzir numa relação terapêutica de confiança em que a pessoa me via como enfermeiro de reabilitação.

Sentir-se situado foi um indicador de processo onde considerei haver um risco de vulnerabilidade. Esta situação ocorreu numa pessoa com AVC e cuidador em contexto hospitalar, onde se verificavam sucessivos adiamentos e desvalorização das intervenções direcionadas para o regresso a casa, pois, consideravam estar

preparados para o regresso a casa e que no domicílio conseguiriam dar resposta às necessidades, algo contrário à minha avaliação. Apesar das intervenções desenvolvidas a este nível, considero que o risco identificado neste indicador de processo levou a que nos dois dias anteriores à alta hospitalar se possa ter gerado um ponto crítico com necessidade de um reforço de intervenções nesse período.

Em relação ao desenvolvimento de confiança e coping²² considero tratar-se de um indicador de processo observável sobretudo em contexto domiciliário o qual vai sendo desenvolvido em função dos ganhos que a pessoa apresenta.

Os indicadores de resultado são o segundo elemento dos padrões de resposta que analiso neste capítulo. Pretende-se nesta fase explorar em termos de indicadores os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação obtidos com os cuidados prestados.

Tal como já referi, a duração é um aspeto inerente a esta transição situacional, algo que determina os resultados. Tratando-se de um processo, os resultados obtidos com as minhas intervenções surgiram ao longo da transição.

Constatei que a mestria e a reformulação da identidade são indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na transição situacional de regresso a casa, sendo essencialmente percebido e objetivado na pessoa e cuidador em contexto domiciliário. É o contexto domiciliário que determina as reais necessidades da pessoa e sobre elas que se procura alcançar a mestria a reformulação da identidade, tendo verificado estes indicadores em duas pessoas cuidadas.

Os cuidados que prestei possibilitaram à pessoa alcançar a mestria para dar resposta às necessidades que o ambiente lhe exigia. Por outro lado, contribui para que houvesse uma reformulação da identidade em relação às diferenças entre o antes e o pós AVC, sobretudo face à deficiência e limitações da atividade que ainda permanecem e se poderiam tornar permanentes. Estes resultados são fruto de uma intervenção desenvolvida ao longo das várias fases do processo de regresso a casa. Deste modo, não considero que no contexto hospitalar seja possível alcançar a

²² O conceito de coping surge neste trabalho apenas pela utilização da autora do modelo teórico.

mestria ou a reformulação da identidade quando se vivência uma transição situacional de regresso a casa, pois a pessoa ainda não se confrontou com a realidade domiciliária.

A experiência permitiu-me ainda perceber que é limitador considerar como indicadores de resultados apenas a mestria e a reformulação da identidade pois, estamos perante uma transição que se prolonga no tempo, que ocorre em diferentes contextos, onde podem estar presentes múltiplos intervenientes, múltiplas transições e onde se procura dar resposta a uma ampla variedade de necessidades. Face à complexidade desta transição, a experiência mostrou-me que os objetivos que defini em termos de plano de cuidados para cada pessoa, devem ser vistos como indicadores de resultado da transição.

Este ensino clínico levou-me a considerar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de regresso a casa pode contribuir para atingir indicadores de resultado que não estão diretamente relacionados com a pessoa, família ou cuidador. Refiro-me especificamente à redução dos custos em saúde e recursos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este foi um aspeto verificado em contexto domiciliário e alvo de reflexão através de jornal de aprendizagem (Apêndice VII), tendo-se verificado que as pessoas usufruem dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio sem custos acrescidos associados à institucionalização. Anderson, et al, (2000) referem que a alta precoce com cuidados de reabilitação domiciliários permite baixar custos e duração do internamento. Por outro lado, Björkdahl et al. (2006) citado por Minister for Health, (2011) verificou no seu estudo que a reabilitação no domicílio em comparação com clínicas, mostra ser equivalente em termos de resultados de reabilitação, no entanto, no domicílio verifica-se uma redução de 42% dos custos totais. Este é um aspeto evidenciado pela Agency for healthcare researche and quality (2013) ao referir que, a reabilitação em casa e na comunidade elimina custos baseados em instituições e presta cuidados que são direcionados para o ambiente doméstico do individuo. Segundo a Association of Rehabilitation Nurses (sd) o valor do enfermeiro de reabilitação pode ser demonstrado por uma melhor relação custo-eficácia dos cuidados de cliente (...) devido à presença de um perito no domicílio.

É comum na literatura considerar como indicador de planeamento da alta os reinternamentos hospitalares. Este é um aspeto que procuro evidenciar como resultado da prática, pois, a intervenção baseada na avaliação e intervenção precoce junto de uma pessoa que cuidei em contexto domiciliário evitou o seu reinternamento, reduzindo custos, otimizando recursos e acima de tudo diminuindo risco e complicações associados a reinternamentos repetidos (apêndice VII). A este nível, Camicia, et al. (2014), refere que os estudos mostram que quando um enfermeiro com competências sobre cuidados de transição é integrado no planeamento da alta, as readmissões diminuem e os resultados melhoram.

Tal como refere, Menoita (2012), um dos problemas com que a pessoa se pode deparar é o isolamento social. A este nível, considero que no domicílio a minha intervenção foi promotora de uma integração comunitária no sentido de minimizar o isolamento social. Pela experiência, verifiquei alguns casos onde se verificava uma ideia errónea de que a pessoa com AVC deve permanecer em casa resguardada. Contrariar esta ideia foi um estímulo que levou a pessoa e família a perceber que a pessoa com AVC não necessita de estar em casa, tendo-se verificado situações em que após o início de reeducação funcional e treino no exterior da habitação e na via pública foi o estímulo para que a pessoa saísse com maior regularidade de casa para centros comerciais ou visitas de fim-de-semana a casa de familiares.

Abordei anteriormente em termos de avaliação de enfermagem de reabilitação a utilização de instrumentos e técnicas de avaliação que considerei permitir comparar resultados das minhas intervenções. Assim os ganhos demonstrados representam indicadores de resultados da intervenção do EEER, dos quais destaco a goniometria e com especial relevância os ganhos em termos de funcionalidade através da MIF pois será o indicador mais sensível à transição situacional de regresso a casa (Apêndice III; Apêndice IV²³).

Por fim, os indicadores de processo e indicadores de resultados permitiram desenvolver as competências indicadas na figura 10.

²³ Ver apêndice III e IV nos apêndices: variação das avaliações da MIF e Variação dos limites e amplitude articular



Figura 10 – Padrões de resposta identificados e competências desenvolvidas

5. OUTRAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

Torna-se importante focar que todo este percurso além de proporcionar a aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do período letivo, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens em termos de avaliação, planeamento, gestão de prioridades, implementação de intervenções e avaliação e documentação de resultados.

Os dois contextos de ensino clínico permitiram vivenciar e desenvolver outras aprendizagens inerentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação. A este nível posso fazer referência às competências desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com outros tipos de patologia e necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. De igual modo, foi possível participar no planeamento do regresso a casa de pessoa com necessidades que não resultaram de AVC.

Além disso tive a oportunidade de contribuir para a formação dos pares em sessões de formação ao explorar temáticas e técnicas inerentes à intervenção do EEER que foram posteriormente transmitidas e partilhadas.

Há a referenciar os conhecimentos que aprofundei a nível da crioterapia e a sua utilização na espasticidade da pessoa com AVC. Trata-se de uma temática que surge no decorrer de uma discussão com o orientador clínico sobre espasticidade. Foi uma técnica que apliquei em algumas situações específicas não tendo obtidos resultados satisfatórios. Por outro lado, os conhecimentos que surgiram da pesquisa realizada foram transmitidos à equipa de enfermagem de reabilitação numa sessão de formação (apêndice VIII).

O percurso letivo permitiu-me desenvolver importantes conhecimentos em termos de dispositivos de ajuda para mobilização de secreções. Verifiquei que se tratava de

uma temática de interesse em termos de formação para a equipa de enfermagem. Deste modo realizei uma sessão onde procurei transmitir alguns conhecimentos sobre dispositivos de ajuda para mobilização de secreções e onde houve a oportunidade de ter presente um delegado de informação médica para demonstração de um dos produtos (Acapella). Além disso, foi dado a conhecer outros dispositivos que podem ser criados pelo profissional e que apresentam benefício terapêutico em termos de mobilização de secreções (apêndice IX).

Em contexto domiciliário procurei aprofundar conhecimentos sobre goniometria, ou seja, a medição do movimento articular (Cole & Tobis, 1994). Trata-se de uma técnica que tem por base princípios específicos em termos de avaliação, os quais procurei desenvolver tendo por base as orientações de Cole & Tobis (1994). Além dos conhecimentos desenvolvidos sobre esta técnica, a sua utilização nas pessoas que cuidei neste contexto, permitiu-me obter um maior rigor na avaliação e obter resultados objetivos das intervenções implementadas. Procurei igualmente transmitir os conhecimentos desenvolvidos com o orientador clínico.

Não menos importante destaca-se a aplicabilidade e desenvolvimentos de conhecimentos e competências sobre investigação, sendo os mais significativos ao longo do ensino clínico a pesquisa e mobilização da evidência científica, utilização do inquérito e análise de dados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminado este relatório de estágio, surge o momento de realizar uma apreciação final das aprendizagens e competências desenvolvidas.

Tendo por base o projeto de formação previamente elaborado, iniciou-se este ensino clínico com o objetivo de desenvolver competências relativas à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e cuidador, na transição situacional vivida no regresso a casa após a alta hospitalar. O percurso de ensino clínico em contexto hospitalar e posteriormente em contexto domiciliário permitiu vivenciar um conjunto de experiências que permitiram enriquecer os conhecimentos e competências a nível dos objetivos gerais e específicos definidos.

Foi igualmente possível explorar e desenvolver uma ampla variedade de conhecimentos e competências inerentes à intervenção do EEER a nível do cuidado à pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizando a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Atendendo ao projeto de formação é possível referir que a totalidade das intervenções foram implementadas, permitindo alcançar os objetivos específicos delineados. Considero que através das avaliações de enfermagem de reabilitação realizadas, identificação das condições facilitadoras e inibidoras da transição e alguns componentes da natureza da transição foi possível identificar as necessidades da pessoa com AVC relacionadas com o processo de regresso a casa.

A continuidade dos cuidados do hospital para o domicílio foi uma etapa do processo de regresso a casa que procurei explorar em termos de prática clínica e de análise

no relatório. Foi a este nível que foram identificados os principais pontos críticos da transição e onde as respostas em termos de continuidade apresentam algumas lacunas.

Os planos de intervenção delineados permitiram contribuir para facilitar a transição situacional tendo ficado evidente que ao longo do processo o EEER pode ter a necessidade de implementar múltiplas intervenções que podem ser enquadrados numa grande variedade de papéis como seja, prática clínica, coordenação de cuidados, advocacia, educação, consultadoria e investigação (Association of Rehabilitation Nurses, sd).

Em termos de objetivos definidos, ficou evidente que cada contexto apresenta características específicas que permitem dar resposta às necessidades da pessoa e cuidador em função ao longo das várias fases do processo de regresso a casa. O contexto domiciliário apresenta como particularidade nesta transição a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação em função das necessidades da pessoa e cuidador perante o seu ambiente domiciliário, ficando comprovado através da literatura que existem claros ganhos da intervenção do EEER no domicílio.

Face à experiência vivenciada torna-se importante considerar o regresso a casa da pessoa com AVC como uma transição, sobretudo enquanto processo com propriedades específicas, que se prolonga no tempo, com condições facilitadoras e inibidoras e onde interagem múltiplos intervenientes. Deste modo fica evidente que a teoria de transição fornece um suporte conceptual aplicável ao processo de regresso a casa após hospitalização. Por outro lado considero que este processo representa uma transição sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação e à semelhança do que a Association of Rehabilitation Nurses (sd) refere, uma das funções do EEER é facilitar a transição do cliente do hospital para a casa e para a comunidade.

Por outro lado, fica evidente que podemos e devemos melhorar os cuidados nas transições, que segundo Camicia, et al., (2014) são fragmentados, desorganizados e guiados por fatores não relacionados com a qualidade dos cuidados ou os resultados para a pessoa. Por outro lado e segundo a mesma autora (2014) um

enfermeiro com formação em enfermagem de reabilitação, conhecimento e experiência é o profissional de saúde mais capaz de coordenar, suporte e facilitar o processo de transição da alta, promovendo resultados de qualidade e cuidados eficazes em termos de custos para indivíduos com condições incapacitantes.

É assim possível concluir que o processo de regresso a casa representa uma transição situacional onde as intervenções de enfermagem de reabilitação contemplando os componentes da teoria da transição são fundamentais para alcançar uma transição saudável. Ao longo deste processo destacam-se dois pontos críticos onde é necessário reforçar a intervenção em termos de continuidade de cuidados. São estes os principais aspetos que se evidenciam e que procuro esquematizar na figura 11.

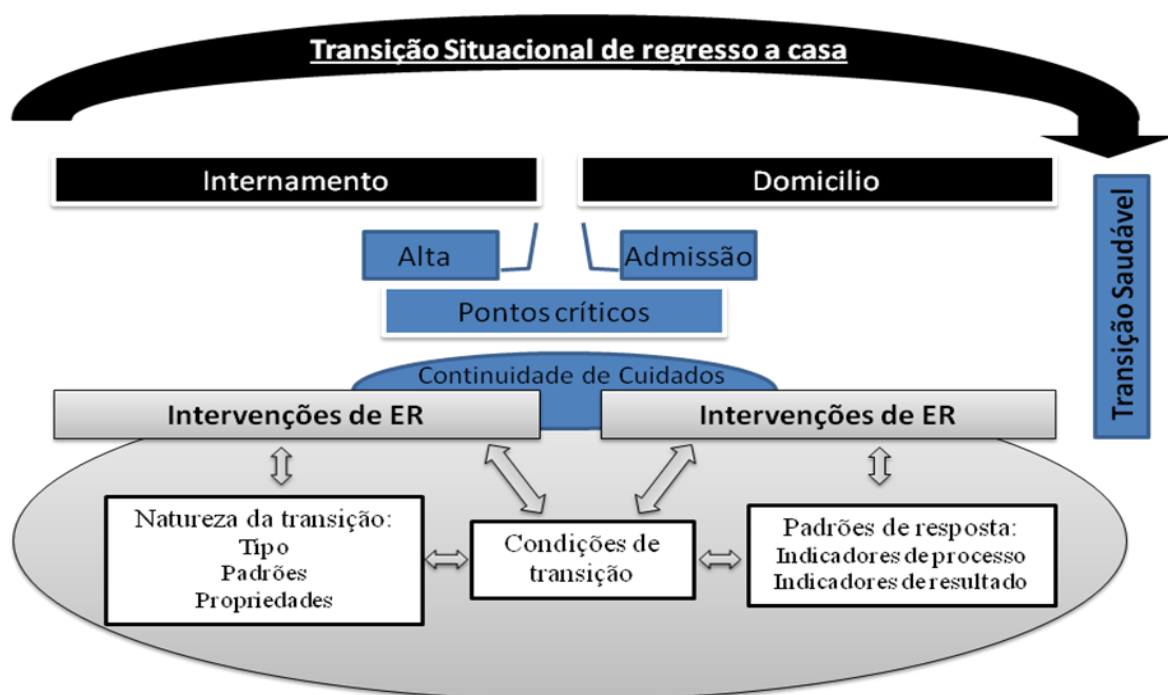


Figura 11 – Intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo da transição situacional

Em termos futuros parece clara a importância de desenvolver o conhecimento fortalecendo com evidência científica a importância do EEER nos processos de transição de regresso a casa. Por outro lado, foram identificados aspetos que apresentam necessidade de melhoria, como seja, a articulação entre instituições hospitalares e comunitárias e onde a existência de um profissional coordenador dos processos de regresso a casa e a criação de protocolos de intervenção poderá

ajudar. Melhorar os sistemas de registos e adequa-los às necessidades da pessoa e da enfermagem de reabilitação deverá ser outro dos aspetos a considerar. São alguns destes aspetos que poderão servir de interesse e inspiração no sentido de promover a investigação científica sobre a temática.

Por fim, a nível pessoais os conhecimentos e competências desenvolvidos sobre a temática do regresso a casa após a hospitalização permitiram contribuir para melhorar as práticas inerentes a este processo.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for healthcare researche and quality. (2002). *Vision Rehabilitation: Care and Benefit Plan Models: Literature Review*. Obtido em 2013, de <http://www.ahrq.gov/professionals/cliniciansproviders/resources/vision/vision3.html>
- Anderson, C., Mhurchu, C., Rubenach, S., Clark, M., Spencer, K., & Winsor, S. (2000). *Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial: II: Cost Minimization Analysis at 6 Months*. Dallas: American Heart Association.
- Association of Rehabilitation Nuring. (2006). *Advanced Practice in Rehabilitation Nursing*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2013, de Association of Rehabilitation Nursing,,: <http://www.rehabnurse.org/advocacy/content/Postition-Statement-AdvPractice.html>
- Association of Rehabilitation Nurses. (sd). *Role Descriptions: The Home Care Rehabilitation Nurse*. Obtido em 15 de 03 de 2014, de file:///G:/artigos%20usado/Role-%20The%20Home%20Care%20Rehab%20Nurse%20%20%20role.htm
- Benner, P (2001) *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto.
- Boylan, L., & Buchanan, L. (2011). Reabilitação de base comunitária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª edição ed., pp. 187-200). Loures: Lusodidacta.
- Bull, M., & Roberts, J. (2001). Components of a paperhospital discharge for elderly. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 35(4), pp. 571-581.
- Cameron, V. (2013). Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review. *MEDSURG nursing*, 22(1), pp. 51-55.
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., & Lutz, B. (2014). Rehabilitation Nursing. *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions: A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses*(39).

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern . *NURSING RESEARCH METHODOLOGY*, pp. 237-257.
- Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), pp. 269-277.
- Cole, T., & Tobis, J. (1994). Medição da função musculo esquelética. In F. Kottke, & J. Lehmann, *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. São Paulo : Editora Manole.
- Despacho n.º 2784/2013. Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde
- Direcção Geral de Saúde. (2013). *Morbilidade hospitalar Serviço Nacional de Saúde: dados preliminares 2012*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Eurostat. (2012). *Circulatory diseases - Main causes of death for persons aged 65 and more in Europe, 2009*. Eurostat
- Grimmer, K., Moss, J., & Gill, T. (2000). Discharge Planning quality from the carer perspective. *Quality of Live Research*(9), pp. 1005-1013.
- Hesbeen, W. (2002). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Dados estatísticos*. Obtido em 20 de 03 de 2014, de Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e dedidas de resultados . In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª edição ed., pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard*, 27(1), pp. 35-39.
- Lin, P., Wang, J., Chang, S., & Yang, F. (2005). Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*(42), pp. 723-731.
- Martin, I. (2005). "O cuidado informal no âmbito social". In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 179-202). Lisboa.
- Martins, J. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso: um contributo para a continuidade de cuidado*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development & progress*. Pennsylvania: Wolters Kluwer
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and situation specific theories in nursing researche and practice* . New York: Springer Publishing company .
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., DeAnne, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Emerging Midlle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* . Lisboa: Lusociência .
- Minister for Health (2011). *National policy and strategy for the procision of neuro-rehabilitation services in Irlanda 2011-2015*. Minister for Health.
- Mumma, C. (2000). Perceived losses following stroke. *Rehabilitation Nursing*(25).
- Naylor, M., & Cleave, J. (2010). The transitional care model for older adults. In A. Meleis, *Transitions Theory - Middle Range and situation specific theories in nursing researche and practice*. New York: Springer Publishing company.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundical de Saúde. (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde .
- Pompeu, D., Pinto, M., Cesarino, C., Ferreira de Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), pp. 345-350.
- Portillo, P., & Cowley, S. (2010). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*(20), pp. 1731–1743.
- Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J., Williams, C., Puymbroeck, M., & Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home

following stroke. *Journal of Rehabilitation research & Developement*, 41(3a), pp. 259 - 268.

- Rocha de Oliveira, V. (2010). *Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: LIDEL.
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice*.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), pp. 119-127.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa : LIDEL
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp. 662-671.
- Talbot, L., Viscogliosi C, D. J., Vincent, C., Rousseau, J., & Robichaud, L. (2004). Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(53), pp. 1-9.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. London: MOSBY.
- Vries, S e Mulder, T (2007) Motor imagery and stroke rehabilitation: a critical discussion. *J Rehabil Med* (39) pp 5–13
- Weiss, M., Paicentine, L., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), pp. 32-42.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular – Opção II

Projeto de Formação

Do hospital para o domicílio:

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição
situacional vivida pela pessoa com AVC**

João Pedro Figueiredo Domingos

Lisboa, julho de 2013

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular – Opção II

Projeto de Formação

Do hospital para o domicílio:

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição
situacional vivida pela pessoa com AVC**

João Pedro Figueiredo Domingos

Orientador:

Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa, Julho de 2013

SUMÁRIO

| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA | 6 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL | 11 |
| 2.1 A pessoa com AVC: consequências na resposta às necessidades | 11 |
| 2.2 Planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC: contributos do enfermeiro de reabilitação. | 14 |
| 2.3 Planeamento do regresso a casa enquanto transição situacional. | 18 |
| 3. OBJETIVOS | 22 |
| 3.1 Objetivo Geral | 22 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 22 |
| 4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO | 23 |
| 4.1 Aplicação dos objetivos e modelo teórico aos contextos de ensino clínico. | 23 |
| 5. PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES | 25 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| BIBLIOGRAFIA | 27 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I – Guiões de colheita de dados | |
| Apêndice II - Descrição da observação e entrevistas aos Enfermeiros Chefe e Enfermeiros | |

Especialistas.

Apêndice III – Planeamento e avaliação das atividades

**Apêndice IV - Cronograma - Locais e duração dos Ensinos
Clínicos**

Apêndice V – Sumário das orientações com o docente.

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Pag. |
|--|-------------|
| Fig. 1 - Aplicação dos objetivos e modelo teórico aos contextos. | 24 |
| Fig. 2 – Planeamento e avaliação de atividades | 25 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui um projeto de formação elaborado no âmbito do Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que será implementado em contexto de ensino clínico. Trata-se de um documento que procura refletir conhecimentos desenvolvidos ao longo do período letivo e por outro lado, constitui um recurso para o desenvolvimento de novas competências e conhecimentos.

Este projeto de formação tem por base uma área temática que foi definida através de um interesse pessoal e pela qual nutro bastante sensibilidade, que permita abranger um leque de competências a desenvolver enquanto mestrando de especialização em enfermagem de reabilitação, que possibilite a aplicação ou desenvolvimento de trabalhos e/ou iniciativas relacionadas e/ou sensíveis à área temática no contexto de ensino clínico e que seja passível de gerar conhecimento e contribua para o desenvolvimento do cuidado em enfermagem. A partir daqui surge como área temática os cuidados de enfermagem de reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Tendo por base uma metodologia de projeto, este trabalho debruça-se à semelhança do que refere Barbier (1993), sobre factos possíveis, relacionando-se com um futuro que constitui uma antecipação e uma visão prévia daquilo que se pensa ser a melhor estratégia e linhas orientadoras para o desenvolvimento e aprofundamento da temática definida.

Em termos de organização, após a justificação da área temática, é realizada uma revisão de literatura no sentido de clarificar e aprofundar conhecimentos em relação à área temática. Além disso a revisão de literatura permite enquadrar a área temática num modelo teórico sensível à mesma. De seguida, é definido um objetivo geral e objetivos específicos os quais são a base para a planificação de atividades a

desenvolver ao longo dos ensinios clínicos. Termino com aquilo que, considero serem as principais considerações finais.

1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

O ciclo de vida é pautado por uma grande variedade de transições que podem tornar-nos mais vulneráveis e afetar a nossa saúde. A doença aguda é sem dúvida uma dessas transições que, podendo motivar a necessidade de internamento hospitalar. Com o decorrer dos anos de experiência profissional tenho vindo a adquirir uma especial sensibilidade pela temática do planeamento da alta hospitalar. De facto, a visão crítica desenvolvida levou-me a questionar determinadas práticas de cuidados inerentes ao planeamento da alta, como seja, porque razão o encaminhamento após a alta está muito associado a atos e procedimentos técnicos de enfermagem? Qual o lugar da educação para a saúde no planeamento da alta hospitalar de enfermagem? Porque sinto que o doente que não tem qualquer tipo de dependência parece ser esquecido em termos de planeamento da alta? Que continuidade é dada aos problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem que permanecem no momento da alta?

Foram questões como estas que me levaram no âmbito de um mestrado a estudar o planeamento da alta hospitalar de enfermagem ao idoso autónomo. Daqui resultaram importantes conclusões e um interesse em continuar a aprofundar a temática do planeamento da alta de enfermagem, a qual pretendo dar continuidade nesta especialização em enfermagem de reabilitação.

Pelas competências específicas que detêm e pela intervenção que o enfermeiro especialista em reabilitação pode ter nas várias fases do processo de enfermagem, considero que este tem um papel importante nas transições vividas pela pessoa e família durante um internamento hospitalar e posteriormente no regresso a casa.

Este é um aspeto a valorizar quando abordamos a pessoa que sofreu um AVC e família, uma vez que vivencia uma transição saúde-doença com claras necessidades de cuidados de enfermagem. O AVC apesar de uma patologia passível de prevenção, continua a apresentar uma elevada prevalência em Portugal.

Segundo o Eurostat (2012) em 2009, Portugal entre as principais causa de morte com 65+²⁴ anos surge com maior prevalência as doenças cérebro vasculares, traduzindo-se em 598.4 morte por cada 100.000 habitantes, bastante superior à média da EU dos 27 que se situa nos 397.4 morte por cada 100.000 habitantes. Além de uma causa de morte, o AVC pode ser gerador de morbilidade, incapacidade e dependência com repercussões a vários níveis, revelando uma clara necessidade de cuidados de enfermagem à pessoa, família e cuidadores.

Rocha de Oliveira (2010) refere que a atuação da equipa de enfermagem é fundamental em todas as etapas do acompanhamento da pessoa com AVC, devendo ter três objetivos: definir procedimentos na assistência de enfermagem ao doente com AVC desde a fase aguda até à alta hospitalar e que inclui o início precoce da reabilitação; transmitir conhecimentos ao doente, família e/ou cuidador relativos ao auto-cuidado, apoiando do ponto de vista emocional; e por fim promover a continuidade dos cuidados e o apoio fora do hospital.

Durante o internamento hospitalar, a pessoa que sofre um AVC deve ser vista como alguém que num dado período temporal terá alta hospitalar, podendo regressar ao seu domicílio. Deste modo, é importante que ao longo do internamento, sejam identificadas as necessidades da pessoa relacionadas com o regresso a casa.

O planeamento do regresso a casa é central nos cuidados de enfermagem, na medida em que se constitui como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, (Conselho de Enfermagem, 2001). No entanto, a literatura mostra que o planeamento da alta continua a enfrentar alguns desafios. Observa-se que as orientações para a alta são dadas no momento da saída do doente, não sendo desenvolvido durante o período de internamento e são oferecidas numa grande quantidade e ao mesmo tempo (Pompeu, 2007). Por outro lado a insuficiente consolidação das equipas, bem como a falta de vontade em participar e cooperar com o planeamento da alta por parte dos pacientes e suas famílias são apontadas como outros obstáculos (Chen et al. 1999, Dai et al. 1998, Li, 2001, Pan, 2000, citados por Lin [et al], 2005).

²⁴ 65+ - Pessoas com 65 ou mais anos de idade.

A pesquisa mostrou que existe evidência científica sobre a temática do planeamento da alta de enfermagem, mostrando a importância desta temática para muitos autores. Para tal recorreu-se à b-on e EBSCO tendo como base de dados a MEDLINE e CINAHL e fez-se uso das seguintes palavras chave: planeamento da alta de enfermagem, alta hospitalar, alta de enfermagem, discharge planning, nursing discharge planning e return home after hospitalization. Desta busca surgiu um conjunto de estudos que têm como objeto de estudo central a preparação da alta hospitalar de enfermagem, no entanto são desenvolvidos em contextos específicos, com populações e desenhos de estudo diferentes.

Entre estes trabalhos podem ser referidos aqueles que se centram na perceção do doente e cuidador. No seu trabalho, Driscoll (2000) verificou que 95% dos doentes e 70% dos cuidadores receberam informação sobre os problemas de saúde dos doentes e que a inclusão do prestador de cuidados no momento em que as informações são prestadas ao doente diminui a ansiedade dos prestadores de cuidados, aumenta a satisfação com a informação e diminui a probabilidade da ocorrência de problemas médicos após alta. Fica claro a importância da inclusão da família e cuidador no processo de planeamento do regresso a casa. (Gonçalves, 2008; Bull, Hansen, & Gross, 2000).

O trabalho de Grimmer [et al] (2000) evidencia uma perceção menos positiva, os cuidadores classificaram a qualidade do planeamento da alta como baixa, pois, muitas das vezes as necessidades não são conhecidas enquanto se planeia a alta.

Estes estudos que têm por base a perspetiva do cuidador mostrando a importância que a inclusão do mesmo deve ter no planeamento da alta. Por outro lado, o facto de no momento do internamento não se conseguir identificar as reais necessidades da pessoa e cuidador, leva a que a continuidade dos cuidados e o papel dos profissionais na comunidade se torne fundamental.

Os trabalhos de investigação consultados fornecem importantes linhas orientadoras em termos de boas práticas no planeamento do regresso a casa após internamento, no entanto fica evidente que o contexto de internamento, a situação patológica e a própria população podem determinar as necessidades de resposta. Verificou-se que,

uma população jovem em contexto de internamento agudo de saúde mental identifica como aspetos que podem melhorar a preparação da alta, o aumento do contato com o doente, mais informação sobre problemas de saúde, medicamentos e prevenção de recidivas (Cleary, Horsfall, & Hunt, 2003). Por outro lado, os doentes internados por enfarte agudo do miocárdio sentem necessidade de informação sobre medicamentos, complicações e atividades físicas (Smith e Liles, 2007).

Tendo em conta que, a prevalência do AVC é maior nos mais velhos, devemos ter em conta no planeamento do regresso a casa que esta população pode ter necessidades de informação específicas, pois, segundo Smith e Liles (2007), os idosos desejam mais informação comparando com os mais jovens. Nesta população as lacunas na comunicação constituem um obstáculo a uma adequada preparação da alta (Bull e Roberts, 2001). Ainda em termos da população idosa, os mesmos autores (2001), verificaram que, uma boa preparação da alta ocorre em etapas, sendo o trabalho em equipa multidisciplinar um aspeto vital para um adequado planeamento da alta a idosos e, face a redução da duração dos internamentos, os serviços da comunidade serão fundamentais no apoio após a alta.

Todos os trabalhos acima mencionados apresentam aspetos importantes em termos do planeamento da alta, nomeadamente na identificação das reais necessidades da pessoa e cuidador, lacunas e dificuldades existentes no processo de planeamento da alta e, que aspetos podem melhorar a alta dos doentes.

Enquanto enfermeiro prestador de cuidados gerais e pela pesquisa realizada em relação à temática do planeamento da alta de enfermagem, é possível verificar o importante investimento nesta temática, algo justificado pelos resultados dos estudos referidos acima. Por outro lado, verificam-se situações e contextos onde existe uma grande margem de melhoria em termos do planeamento da alta, no sentido de ultrapassar dificuldades como sejam as verificadas por Atwal (2002) em que o processo de preparação da alta era em muitas das vezes ignorado ou negligenciado, sendo a alta vista como um processo que impedia a comunicação e a falta de tempo a maior barreira identificada. Martins (2003), verificou igualmente que não existe uma intenção explícita de programação da alta e continuidade de cuidados, sendo que cada profissional trabalha de forma independente não existindo

interdisciplinaridade e por outro lado, os idosos e famílias manifestam insatisfação em relação aos cuidados recebidos na programação da alta.

Procurou-se igualmente realizar uma pesquisa no sentido de perceber o estado da arte em relação à intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC. Através da ESBCO seleccionando como base de dados a MEDLINE e CINAHL e fazendo uso das palavras-chave, nursing rehabilitation, discharge planning, stroke e return home after stroke verificou-se a existência de duas referências que se aproxima da área temática a definir.

Assim tendo por base um gosto pessoal pela temática do planeamento do regresso a casa, a relevância que tem no cuidado de enfermagem e os benefícios que pode ter junto do doente com AVC, sobretudo pelas necessidades de cuidados de enfermagem que podem vir a ter e, por achar que é uma área temática que me permite desenvolver várias competências inerentes à formação de enfermeiro especialista em reabilitação, defino à priori a seguinte problemática:

Que Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, contribuem para otimizar a transição situacional vivida no regresso a casa após a alta hospitalar.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Desde o nosso nascimento que a vida é marcada por uma sucessão de passagens, onde se enquadram as passagens ocasionais que levam a consequências temporárias ou duradouras como é o caso da doença ou do acidente (Collière, 2003). Atendendo a esta autora, o AVC constitui-se como uma passagem ocasional pois instala-se de forma aguda e constitui uma importante causa de morbilidade e incapacidade a longo prazo. (European Stroke Organization, 2013).

Torna-se assim importante explorar neste trabalho a temática do AVC, procurando uma abordagem mais direccionada para a resposta do enfermeiro de reabilitação às consequências do AVC e necessidades da pessoa.

2.1. A pessoa com AVC: consequências que surgem na resposta às necessidades.

Um AVC pode ser definido pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, geralmente devido ao rompimento de um vaso sanguíneo ou obstrução por um coágulo, impedindo o normal fornecimento de oxigénio e nutrientes ao tecido cerebral (WHO, 2013). Perante esta definição, facilmente podemos classificar o AVC em hemorrágico e isquémico, o que, segundo Menoita (2012) vai de encontro à classificação do AVC baseada no critério etiológico defendida por vários autores.

Os centros de comando e condução encontram-se em áreas específicas do encéfalo, sendo afetados em função do local da lesão. Assim segundo Menoita (2012), no caso do AVC isquémico este distribui-se espacialmente pelo encéfalo por territórios arteriais, ao passo que o AVC hemorrágico está mais associado aos locais de fragilidade vascular. Deste modo, os efeitos ou sequelas de um AVC dependem da localização e gravidade da lesão (WHO, 2013), o que confere a possibilidade de ocorrerem quadros clínicos extremamente distintos (Menoita, 2012).

O AVC é um dos principais fatores de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Em termos nacionais, no ano de 2010 segundo o INE (2012) as mortes por doenças

cérebro vasculares, situam-se em 582 mortes por cada 100.000 habitantes. Em relação à taxa de mortalidade por doença cerebrovascular na população com menos de 65 anos, verifica-se segundo o INE (2012) uma mortalidade em 2010 de 9.3 mortes por cada 100.000 habitantes. De destacar que, segundo a mesma (2012), os anos potenciais de vida perdidos por doença cerebrovascular, no período entre 2008 e 2010 têm vindo a diminuir. Verificamos tal como esperado que a doença cerebrovascular é mais prevalente na população idosa e, segundo os dados do INE (2012) no ano de 2010, a nível de taxa de mortalidade e anos de vida perdidos por doença cerebrovascular, os homens continuam a apresentar números superiores comparativamente com as mulheres.

Os valores acima mencionados centram-se em taxas de mortalidade, revelando que se trata de uma problemática com consequências graves. Igualmente importante em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação são as consequências resultantes do AVC, as quais dependem da área e funções afetadas pela lesão.

À semelhança do que referem alguns autores como Martins (2002), as consequências da doença podem levar à deficiência, a incapacidade e a desvantagem. Alguns destes termos, como seja a incapacidade e desvantagem foram revistos em termos da Classificação Internacional de funcionalidade, pelo que ao longo deste trabalho quando, necessários serão utilizados os termos deficiência, limitações da atividade²⁵ e restrições da participação²⁶. Assim tendo em conta as definições da (OMS, 2003), deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. Segundo a mesma entidade (2003) limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades e as restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade. Os termos acima descritos fazem sentido, uma vez

²⁵ “Limitação de atividade” substitui o termo “incapacidade” utilizado na versão de 1980 da ICIDH (OMS, 2003, p.172).

²⁶ “Restrição de participação” substitui o termo “desvantagem” utilizado na versão de 1980 da ICIDH (OMS, 2003, p. 172).

que no caso da pessoa com AVC, a lesão pode provocar problemas nas funções ou nas estruturas do corpo (deficiência), que por sua vez podem causar dificuldades ao indivíduo na execução de atividades (limitações de atividade) e de algum modo restringir a participação (restrições da participação). Por outro, considero que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação pode incidir sobre os três termos referidos, pelo que, é pertinente a sua adoção ao longo deste trabalho.

Após o AVC, a pessoa mantém as mesmas necessidades, no entanto face às consequências, podem verificar-se limitações de atividade na resposta a dar. Assim no espaço que se segue procurarei aprofundar as consequências do AVC através de estudos que evidenciem a perceção da pessoa e outros.

A literatura consultada mostra que as consequências do AVC podem afetar muitos domínios, como seja a nível físico, mental e emocional (Cameron, 2013). As alterações podem ser de vária ordem, como seja do comportamento (Martins, 2002), ou na comunicação como evidenciado por Martins (2002) e (Mumma, 2000).

O grande foco da consequência do AVC parece centrar-se a nível motor e as limitações que daí advêm. As alterações da mobilidade, independência, capacidade física dos pacientes são fortemente referenciada pela pessoa com AVC (Mumma, 2000). De destacar a caracterização da amostra do estudo realizada por Martins (2002), onde teve por base a classificação internacional de deficiência, incapacidade e desvantagens e a escala de Barthel para caracterizar a incapacidade na sua amostra após AVC. A autora (2002), verificou assim na sua amostra, incapacidade no cuidado pessoal, incapacidade na locomoção, incapacidade no posicionamento do corpo, incapacidade da destreza. Por outro lado tendo por base a escala de Barthel, Martins (2002) verificou alterações a nível da função intestinal, função urinária, higiene pessoal, *Toilette*, alimentação, mover-se/levantar-se, deambular em plano, vestir-se e subir escadas.

As barreiras arquitetónicas constituem um obstáculo que podem aumentar a limitação da atividade da pessoa com AVC, o que exige uma intervenção adequada. A este nível, Talbot (2004) verificou que entre outras necessidades, a pessoa com AVC tem uma necessidade de adaptação da residência.

Dentro da restrição da participação, pode igualmente evidenciar-se a referência às alterações nas atividades compartilhadas (Mumma, 2000). Em termos de alterações psicossociais após o AVC, Rittaman et al. (2004) identifica três grandes domínios, mudanças no sentido do self e experiências corporais, mudanças na conectividade e mudanças na integração comunitária. Em relação às mudanças no sentido do self e experiências corporais, estas retratam a forma como os sobreviventes viam os seus corpos após o AVC e o impacto dessa mudança na auto estima e auto imagem. No que toca às mudanças nas conectividades, estas representam o sentimento de isolamento vivido pelos sobreviventes de AVC, abrangendo este isolamento a disponibilidade dos outros, o apoio dos outros, a interação com os outros e com a comunidade, a capacidade para contribuir e a capacidade para se envolver em relações íntimas. As mudanças na integração comunitária representam o conjunto de atividades que ocorrem fora do ambiente doméstico, sendo que os resultados demonstram que um mês após a alta os sobreviventes apresentam baixos níveis de integração comunitária (Rittaman et al., 2004).

São as consequências como estas que o enfermeiro de reabilitação deve estar desperto, intervindo no sentido de otimizar as funções alteradas.

2.2 Planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC: contributos do enfermeiro de reabilitação

Tal como já foi referido, a pessoa que apresenta uma necessidade de internamento hospitalar deve ser vista como alguém que num determinado momento terá alta, podendo regressar ao domicílio. Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem estar presentes no planeamento do regresso a casa da pessoa hospitalizada, estando inerentes às competências do enfermeiro especialista em reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por outro lado, apar do debate atual sobre uma enfermagem avançada, a Associação Americana de Enfermeiros de Reabilitação evidencia que, de uma prática de enfermagem de reabilitação avançada fazem parte uma grande variedade de funções, como seja o planeamento da alta e a educação à pessoa, família e comunidades (Association of Rehabilitation Nurses, 2006).

O planeamento da alta começou nos E.U.A na década de 1960, sendo que o objetivo era ajudar os doentes a enfrentar os problemas que poderiam surgir após a alta, referindo-se a todas as estratégias desenvolvidas e entregues ao paciente de acordo com as suas necessidades em termos de cuidados de saúde após a alta (Bullough e Bullough, 1990 e Wang [et al], 2000 citados por Lin [et al], 2005).

Segundo Pompeu [et al] (2007) acredita-se que o planeamento da alta é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização. À semelhança do que refere a literatura, o início da preparação da alta deve ser realizada a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e continuar durante o período de internamento (Huber e McClelland, 2003 citado por Pompeu et. al, 2007; Lin et. al, 2005). Além disso, os cuidados de planeamento da alta definidos em internamento devem ter uma continuidade após a saída da pessoa do hospital. O tempo de internamento tem sido reduzido ao mínimo o que se traduz numa diminuição das oportunidades do enfermeiro para a educação do doente com AVC e suas famílias em relação aos auto cuidados antes do doente ter alta hospitalar, o que traduz a importância da continuidade de cuidados (Pierce, Gordon & Steiner, 2004). São aspetos como este que me levam a questionar o conceito mais adequado a adotar face à temática em estudo, pois, a literatura mostra-nos que são usados conceitos como preparação da alta, planeamento da alta, preparação do regresso a casa, planeamento do regresso a casa. Pela análise realizada, o conceito mais sensível à nossa temática parece ser o planeamento do regresso a casa pois, trata-se de um conceito que descreve melhor a continuidade no tempo que se espera dos cuidados de enfermagem no regresso a casa após a hospitalização.

Segundo Lin et. al (2005) um planeamento ideal da alta é baseado no paciente, e as necessidades de saúde que são a base para a formulação do plano de cuidados e intervenções adequadas. A este nível a literatura mostra-nos que são poucos os estudos que abordam a intervenção do enfermeiro de reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC. No entanto, foi possível encontrar trabalhos com objetos de estudo que se aproximam da nossa temática. Em termos de necessidades de informação, doentes com AVC e cuidadores, evidenciam a prevenção de quedas, manutenção de uma nutrição adequada, manutenção da atividade, gestão de stress e lidar com alterações emocionais e de humor Pierce,

Gordon & Steiner, (2004). Apesar de não poderem ser extrapolados para a prática porque cada doente tem necessidades de auto cuidado próprios. Este estudo mostra a importância de se identificar as reais necessidades do doente e cuidador em termos de informação, o que não deixa de ser um importante aspeto a ter em conta no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

De toda a literatura consultada o trabalho que mais se aproxima da nossa temática em estudo, foi desenvolvido por Almborg [et al] (2008), onde procurou identificar a perceção dos doentes com AVC em relação à sua participação no planeamento da alta e os fatores associados à perceção dessa participação. Em termos de resultados a autora (2008) verificou que: 72-87% dos participantes receberam informação em relação ao planeamento da alta; 29% discutiram os tratamentos a ter com o seu médico; metade dos participantes participaram nas discussões em relação às necessidades de cuidados e serviços após a alta; um terço dos participantes participaram na discussão em relação à necessidade de reabilitação após a alta e 38% dos participantes perceberam que tinham participado no desenvolvimento do seu plano de alta. Neste trabalho existem aspetos que podem ser questionados, nomeadamente a diferença verificada entre informações recebidas e perceção de participação no planeamento da alta.

Em termos de eficácia, Lin [et al] (2005) verificou que em doentes ortopédicos um programa eficaz de planeamento da alta teve efeitos benéficos em termos da gestão da medicação, realização de atividades de forma cuidadosa e na realização regular dos exercícios de reabilitação.

Por outro lado, em termos de planeamento do regresso a casa é importante salientar o papel do enfermeiro em termos da educação da pessoa, família e cuidadores. Este é um aspeto que surge realçado no trabalho de Portillo e Cowley (2010), que procuraram compreender o papel holístico dos enfermeiros na reabilitação de doentes neurológicos e identificar estratégias para melhorar os serviços de reabilitação. Os autores (2010) verificaram como resultados mais representativos do papel da enfermagem na reabilitação: o papel na educação e informação em saúde; necessidade de aceitação e adaptação e avaliação e escolhas de vida holísticas. A destacar deste estudo a importância do enfermeiro em termos de educação e

informação e por outro lado a posição privilegiada do enfermeiro em avaliar necessidades sensíveis a outros profissionais antes da alta hospitalar. Este aspeto realça a importância do enfermeiro enquanto elemento coordenador do planeamento do regresso a casa (Kerr, 2012; Burton, 2000). De destacar ainda o papel que o enfermeiro pode ter em termos de gestor de cuidados para o doente (Burton, 2000).

Ainda dentro desta temática há a evidenciar os vários elementos chave que podem ser desempenhados pelo enfermeiro na reabilitação da pessoa com AVC, os quais segundo (Kerr, 2012) podem ser aplicados ao planeamento do regresso a casa. Segundo o Autor (2012), esses elementos chave passam por prática terapêutica, coordenação, advocacia, gestão clínica, conselheiro, consultor e educação.

A educação é sem dúvida um elemento fundamental no processo de planeamento do regresso a casa. Este é um aspeto evidenciado por Martins (2002) ao constatar que os enfermeiros são dos profissionais de saúde que mais informa o doente e família. Quando abordamos a pessoa com AVC, a educação mantém a sua importância, no entanto, segundo (Cameron, 2013) deve ter-se alguns cuidados, devido ao facto de as lesões poderem causar limitações à aprendizagem. Assim, a adoção de estratégia para melhorar a comunicação como seja, a educação face a face, reforçado com fotos, diagramas e materiais escritos e adaptados às necessidades da pessoa pode constituir um importante recurso (Ostwald, Hersch, Kelley & Godwin, 2008).

Segundo Rittman, et al., (2004), a ocorrência de um acidente vascular cerebral afeta a vida de todos os membros da família e a transição é um processo caótico que afeta doentes, família e cuidadores. Assim, por tudo aquilo que abordámos até aqui, facilmente percebemos que o planeamento do regresso a casa após hospitalização é algo complexo com repercussões a nível do indivíduo, família e cuidadores²⁷, aspetos para os quais o enfermeiro de reabilitação deve estar atento e ter em conta na sua atuação.

²⁷Salienta-se que a família não se encontra descorada neste trabalho pois, sendo o foco de intervenção a pessoa com AVC, a família e cuidadores informais são vistos como um recurso em termos do planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Por fim, por considerar que pode constituir um importante recurso em termos de organização do planeamento do regresso a casa, faço referência ao questionário PREPARED, traduzido e validado para Portugal e que, constitui um instrumento de avaliação da qualidade do planeamento da alta, tendo em conta cinco domínios, informação sobre estruturas de apoio, informação sobre medicação, preparação para a reintegração e controlo sobre as circunstâncias (Ferreira, Mendes, Fernandes, & Ferreira, 2011).

2.3 Planeamento do regresso a casa enquanto Transição situacional

As teorias e os modelos em enfermagem constituem um importante elemento que guiam a prática de cuidados. Assim, exploro a teoria da transição de Meleis enquanto enquadramento teórico conceptual que sustenta a temática e as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Por considerar a definição mais adequada à temática, a transição refere-se a uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (Chick & Meleis, 1986). São nestas passagens que a enfermagem assiste os clientes e famílias nas mudanças e exigências que as transições trazem para o quotidiano (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000).

A natureza da transição, condições de transição, padrões de resposta e intervenções de enfermagem, constituem-se como os principais componentes da teoria da transição, os quais, dão resposta às necessidades da pessoa com AVC que regressa ao domicílio e por este motivo fornece um quadro teórico-concetual que suporta este projeto de formação.

Na natureza da transição em termos de tipologia, Meleis no seu último trabalho (2010) enquadra a alta hospitalar numa transição de tipo situacional, dado que exige uma mudança espacial ou geográfica. Meleis é clara ao afirmar que alguns dos

exemplos que requerem a necessidade de cuidados de enfermagem são a transição vivida durante um internamento, a transição na alta e na recuperação (Meleis, 2010).

Em termos de padrão de transição, a pessoa pode vivenciar apenas uma única transição ou múltiplas transições, sendo que nestas últimas podem ser sequenciais ou simultâneas (Meleis, Sawyer, Im, DeAnne, & Schumacher, 2000). A alta hospitalar da pessoa com AVC pode ser vista como geradora de múltiplas transições e simultâneas e/ou sequenciais, o que reflete uma certa imprevisibilidade à qual o enfermeiro deve estar atento.

Nas propriedades da transição, Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000) referenciam cinco propriedades essenciais na transição: a consciência, enquanto percepção, saber e reconhecimento da transição; o compromisso, relacionado com o envolvimento na transição; a mudança e diferença, uma vez que, todas as transições envolvem alterações; duração, pois as transições são caracterizadas por movimento e fluxo no tempo; os pontos críticos, em que as transições estão muitas das vezes associadas a acontecimentos marcantes e na transição podem existir momentos ou acontecimentos mais críticos e marcantes. Assim tendo por base Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000) importa perceber de que modo estas propriedades podem estar presentes nas transições da alta hospitalar da pessoa com AVC. A pessoa com AVC deve ter consciência das transições que vivencia nomeadamente o internamento hospitalar e a alta hospitalar com vista ao regresso a casa de modo a ser capaz de atingir os resultados previstos. Por outro lado, o compromisso que demonstra face às transições, como seja na procura de informação, a postura ativa e pró ativa nos papéis de mudança. A mudança, em que a pessoa necessita de compreender que podem surgir alterações resultantes dos processos de transição, o que no caso da pessoa com AVC se torna importante face à possibilidade de surgirem incapacidades resultantes das lesões cerebrais. Em relação à duração, a transição do internamento hospitalar pode terminar no momento da alta, no entanto o planeamento do regresso a casa prolonga-se no tempo após a alta hospitalar. Os pontos críticos, onde nas transições se podem verificar momentos críticos, como seja o conhecimento do diagnóstico consciência das incapacidades ou o momento

da saída e o regresso a casa, os quais requerem uma maior atenção por parte do enfermeiro.

Numa transição é fundamental identificar as condições pessoais, comunitárias e sociais de transição que podem ser facilitadoras ou inibidoras de uma transição saudável (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000), as quais considero fundamentais para a atuação do enfermeiro de reabilitação no planeamento do regresso a casa. No seu trabalho sobre alta hospitalar Weiss, et al., (2007) fazem referência como condições pessoais a valorizar, a idade, gênero, raça, status socioeconómico e viver sozinho. Por outro lado há que valorizar as condições comunitárias e sociais, pois, após a alta a pessoa regressará ao seu ambiente sócio familiar.

Os indicadores de processo surgem ao longo da transição e a sua identificação permite perceber o progresso da pessoa na transição, se em direção à saúde ou à vulnerabilidade, permitindo um planeamento ou intervenção atempada pelo enfermeiro (Meleis, Sawyer, Im, DeAnne, & Schumacher, 2000). Tendo por base as mesmas autoras (2000) identificam-se quatro indicadores de processo: sentir-se ligado; interação; sentir-se situado; desenvolvimento da confiança e coping. Ao longo do processo de transição da alta para o domicílio, é importante que a pessoa se sinta ligado com amigos e familiares que podem ser a fonte de informação e apoio e por outro lado sentir-se ligado ao profissional que pode dar resposta à sua necessidade. A interação, caracteriza-se pela criação de uma díade entre a pessoa e profissional de saúde. O sentir-se situado, poderá implicar a consciência da evolução da transição e das alterações associadas a uma nova condição. O desenvolvimento da confiança e coping é demonstrado pela confiança que a pessoa demonstra ao longo das fases do processo do planeamento do regresso a casa.

Nos indicadores de resultado, Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000) fazem referência: à mestria, que se verifica quando a pessoa demonstra competências e uma conduta necessária para gerir a nova situação e ambiente envolvente à transição; o desenvolvimento de uma identidade flexível e integrada é um indicador de resultado que surge quando a pessoa integra a experiência de transição reformulando a sua identidade. Em relação a estes indicadores de

resultados face à temática considero que a mestria e a reformulação da identidade vão surgindo em função dos ganhos que a pessoa vai alcançando.

Pode ainda ser feito referência como padrões de resposta à alta hospitalar, a disponibilidade para a alta; coping após a alta e utilização dos serviços de saúde após a alta (Weiss, et al., 2007), os quais fazem sentido no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Em termos de intervenções de enfermagem facilitadoras das transições, pode ser evidenciado a avaliação da preparação, a preparação e o papel de suplementação (Schumacher e Meleis, 1994) e o cuidado transacional (Meleis, 2010).

A avaliação da preparação, permite uma avaliação abrangente da pessoa e das condições e padrões de transição no sentido de individualizar as intervenções (Schumacher & Meleis, 1994). Esta é uma intervenção que faz sentido no planeamento do regresso a casa, pois o mesmo deve assentar nas reais necessidades da pessoa e, para ser conseguido exige uma abrangente avaliação da pessoa. A preparação, constitui uma intervenção em que a educação surge como uma modalidade para criar condições ideais para a transição (Schumacher & Meleis, 1994) e onde pode ser englobado, o ensino da alta evidenciado por (Weiss, et al., 2007). O papel de suplementação permite de forma preventiva ou terapêutica ajudar a pessoa e os que a rodeiam a compreender as novas competências, papéis e identidades a desenvolver (Meleis, 2010). O cuidado transacional, refere-se ao acompanhamento e continuidade de cuidados que se tem para evitar maus resultados em populações de risco (Meleis, 2010). Após a alta e o regresso a casa, é importante pela vulnerabilidade que pode surgir perante um novo ambiente e novas necessidades. A este nível, o cuidado transacional, mostrou melhorias nos resultados de saúde após a alta (Naylor & Cleave, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Desenvolver competências relativas à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e cuidador, na transição situacional vivida no regresso a casa após a alta hospitalar.

3.2 Objetivos Específicos:

Identificar as necessidades da pessoa com AVC relacionadas com a alta hospitalar.

Identificar os recursos mobilizados em termos de encaminhamento e articulação com a comunidade na alta hospitalar.

Delinear planos de intervenção direcionados para o regresso a casa junto dos vários intervenientes.

Identificar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar promotora da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

4. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Ao se pretender desenvolver competências sobre as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC, importa ter em conta um contexto onde esta temática ocorra, como seja o internamento hospitalar e os cuidados de saúde comunitários. Um serviço de internamento de Neurocirurgia de um hospital central e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) parecem dar resposta aos objetivos que proponho, constituindo-se assim como os locais de ensino clínico.

Torna-se importante realizar uma caracterização dos dois contextos²⁸, no sentido de perceber as suas particularidades, organização e que intervenções e projetos se aproximam da temática. Esta caracterização, resulta das entrevistas (ver apêndice I) realizadas aos enfermeiros chefes e enfermeiros especialistas em reabilitação de ambos os contextos. De destacar que no caso da UCC, a entrevista abrangeu apenas um profissional que possui funções de coordenação e de prestação de cuidados. As entrevistas e observações realizadas encontram-se descritas em apêndice (apêndice II), sendo que, das mesmas resultaram importantes contributos que permitiram aproximar o planeamento e elaboração deste projeto à realidade dos dois contextos de ensino clínico.

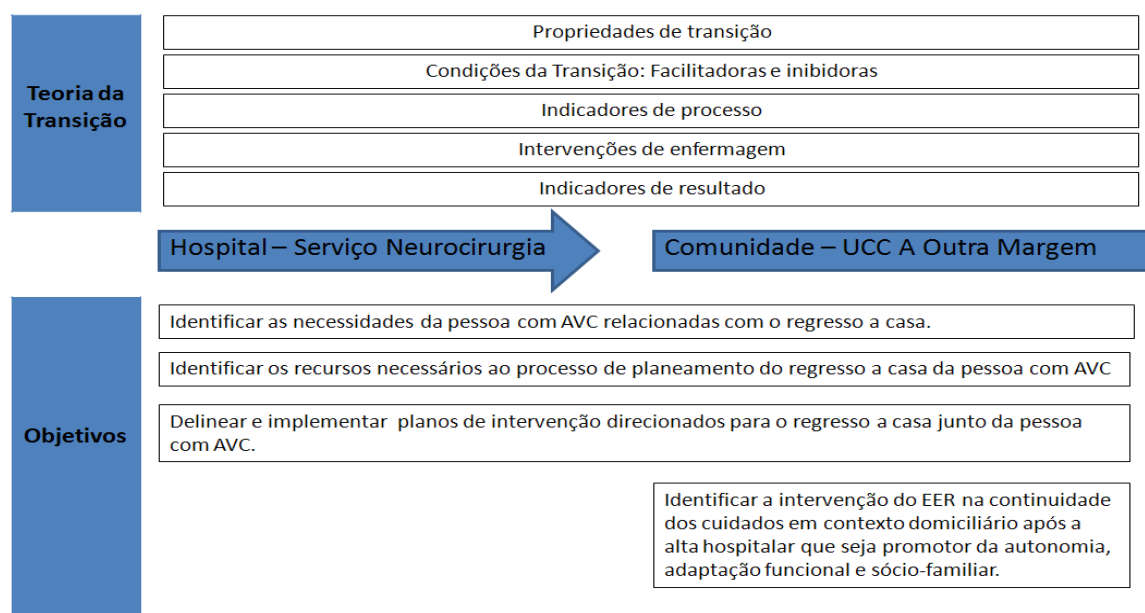
4.1 Aplicação dos objetivos e modelo teórico aos contextos de ensino clínico.

Após a visita aos contextos de ensino clínico, ficou evidente que este projeto de formação tem aplicabilidade em ambos os contextos. Face aos objetivos delineados, verifica-se que três dos objetivos específicos têm aplicabilidade em ambos os

²⁸ As informações e dados apresentados neste trabalho relativos aos contextos resultam de informação proveniente das entrevistas realizadas e de outros dados veiculados pelos entrevistados. Relativamente à UCC alguma da informação é proveniente do portal da instituição, tendo sido colocado à disposição a utilização dessa informação pela Enfermeira Coordenadora.

contextos, dado que, visam explorar a temática do planeamento do regresso a casa em contexto hospitalar e domiciliário. A este nível refiro-me aos objetivos: identificar as necessidades da pessoa idosa com AVC relacionadas com a alta hospitalar, identificar os recursos mobilizados em termos de encaminhamento e articulação com a comunidade na alta hospitalar, delinear planos de intervenção direcionados para o regresso a casa junto dos vários intervenientes e compreender a amplitude e abrangência do papel do enfermeiro de reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC. O Objetivo específico, identificar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar promotora da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar, tem apenas aplicabilidade no contexto comunitário, uma vez que, visa explorar de forma aprofundada a intervenção do enfermeiro de reabilitação no planeamento do regresso a casa em contexto domiciliário, face à importância que assume em termos de intervenção do regresso a casa após hospitalização (fig.1).

Considero igualmente que a teoria de transição, através das propriedades de transição, condições de transição, indicadores de processo, intervenções de enfermagem e indicadores de resultado, tem aplicabilidade em ambos os contextos de ensino clínico, permitindo uma melhor compreensão deste fenómeno de transição situacional (fig.1).



5. Planeamento e avaliação de atividades

Nesta fase é importante identificar quais as atividades que podem ser desenvolvidas no sentido de dar resposta ao objetivo geral e objetivos específicos definidos. Deste modo, é definido um conjunto de atividades a implementar para dar resposta a cada objetivo específico. Estas atividades são formuladas em função do objetivo específico e tendo por base contributos das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, modelo teórico (teoria de transição de Meleis) e os contributos da revisão de literatura efetuada. De seguida é feito referência aos recursos a mobilizar para dar resposta às atividades. Em termos de avaliação das atividades, defino previamente indicadores e critérios de avaliação. Os indicadores surgem para alcançar os objetivos específicos, sendo os critérios de avaliação desenvolvidos no sentido de dar resposta aos indicadores. Por fim é feito referência às competências comuns e específicas que penso conseguir alcançar através da realização das atividades (fig.2). O planeamento e avaliação das atividades encontram-se em apêndice (Apêndice III).

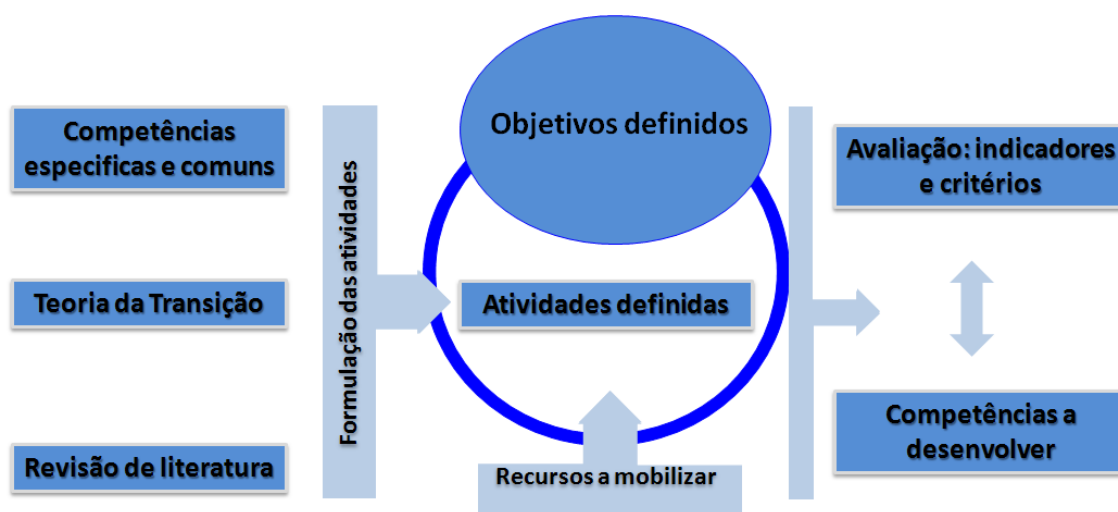


Fig. 2 – Planeamento e avaliação de atividades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve início com a definição de uma área temática, neste caso, o planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC. Foram vários os motivos que justificaram e fundamentaram a escolha deste tema, entre eles, a importância que considero que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode ter nesta transição situacional vivida pela pessoa.

Ao optar por esta área temática sabia à partida que seria algo complexo e desafiador, evidente e reforçado com a elaboração deste projeto pois, envolve múltiplos intervenientes, prolonga-se no tempo, envolve vários contextos, é vivida e afeta de forma diferente cada pessoa. Deste facto, poderiam surgir algumas limitações à aplicação do projeto, no entanto, considero que não existem limitações, mas sim, aspetos que se podem constituir como desafios. Em primeiro lugar, a minha pouca experiência em termos de cuidados de enfermagem na comunidade. Por outro lado, a complexidade desta transição situacional, poderá colocar-me desafios interessantes para os quais espero dar resposta. Por fim, a aplicabilidade do modelo conceptual, pois, existem componentes da teoria de transição para os quais podem surgir dificuldades em termos de avaliação, como seja nos indicadores de processo e de resultados.

Considero que, ao desenvolver um projeto de formação tendo por base uma transição situacional, poderei aplicar muitos dos conhecimentos desenvolvidos ao longo das sessões letivas no sentido de desenvolver o máximo de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Além disso, considero que possibilita uma prestação de cuidados que privilegia o cuidado à pessoa como um todo em ambos os contextos de ensino clínico.

Por fim, trata-se de um trabalho que foi sofrendo revisões ao longo das várias orientações com o docente (ver apêndice V), mantendo-se aberta a novas alterações que o possam melhorar.

Bibliografia

Almborg, A., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2008). Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*(18), pp. 199-209.

Association of Rehabilitation Nursing. (2006). *Advanced Practice in Rehabilitation Nursing*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2013, de Association of Rehabilitation Nursing,;: <http://www.rehabnurse.org/advocacy/content/Postition-StatementAdvPractice.html>

Atwal, A. (2002). Nurses perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one british teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), pp. 450-458.

Barbier, J. (1993) *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora

Bobay, K., Jerofke, T., Weiss, M., & Yakusheva, O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3).

Bull, M., Hansen, H., & Gross, C. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Applied Nursing Research*, 13(2), pp. 76-82.

Bull, M., & Roberts, J. (2001). Components of a paperhospital discharge for elderly. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 35(4), pp. 571-581.

Cameron, V. (2013). Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review. *MEDSURG nursing*, 22(1), pp. 51-55.

Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), pp. 269-277.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* . Loures: Lusociência .

Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), pp. 1165-1173.

European Stroke Organization. (s.d.). *Stroke Facts*. Obtido em 12 de Janeiro de 2013, de European Stroke Organization: http://www.eso-stroke.org/stroke_facts.php?cid=5

Eurostat. (2012). *Circulatory diseases - Main causes of death for persons aged 65 and more in Europe, 2009*. Eurostat.

Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua Portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(4), pp. 121-133.

Gonçaves, D. (2008). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta.

Grimmer, K., Moss, J., & Gill, T. (2000). Discharge Planning quality from the carer perspective. *Quality of Life Research*(9), pp. 1005-1013.

Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard*, 27(1), pp. 35-39.

Lin, P., Wang, J., Chang, S., & Yang, F. (2005). Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*(42), pp. 723-731.

Martins, J. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso: um contributo para a continuidade de cuidado*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Martins, M. (2002). *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and situation specific theories in nursing researche and practice* . New York: Springer Publishing company .

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., DeAnne, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* . Lisboa: Lusociência .

- Mumma, C. (2000). Perceived losses following stroke. *Rehabilitation Nursing*(25).
- Naylor, M., & Cleave, J. (2010). The transitional care model for older adults. In A. Meleis, *Transitions Theory - Middle Range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde .
- Ostwald, S., Hersch, G., Kelley, C., & Godwin, K. (2008). Evidence-Based Educational Guidelines for Stroke Survivors After Discharge Home. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(3), pp. 173–191.
- Pierce, L., Gordon, M., & Steiner, V. (2004). Families Dealing with Stroke Desire Information about Self-care Needs. *Rehabilitation Nursing*, 29(1), pp. 14-17.
- Pichitpornchaia, W., Streeta, A., & Boontong, T. (1999). Discharge planning and transitional care: issues in Thai nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 36.
- Pompeu, D., Pinto, M., Cesarino, C., Ferreira de Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), pp. 345-350.
- Portillo, P., & Cowley, S. (2010). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*(20), pp. 1731–1743.
- Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J., Williams, C., Puymbroeck, M., & Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation research & Development*, 41(3a), pp. 259 - 268.
- Rocha de Oliveira, V. (2010). *Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: LIDEL.
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp. 662-671.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), pp. 119-127.
- Talbot, L., Viscogliosi C, D. J., Vincent, C., Rousseau, J., & Robichaud, L. (2004). Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(53), pp. 1-9.

Weiss, M., Paicentine, L., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), pp. 32-42.

Weiss, M., Johnson, N., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for Discharge in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4).

Weiss, M., Yakusheva, O., Bobay, & Kathlenn. (2011). Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization. *Health Services Research*, 46(5).

WHO. (2013). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Obtido em 12 de Janeiro de 2013, de World Health Organization: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

Apêndice

Apêndice I - Guiões de colheita de dados

Guião de Entrevista ao Enfermeiro Chefe.

1. Missão e Filosofia do Serviço

- 1.1. Qual a filosofia de cuidados de enfermagem/método de trabalho no serviço (enfermeiro responsável, enfermeiro de referência, centrado no cuidado ao doente e/ou família).

2. Caracterização da população do serviço

- 2.1. Percurso dos doentes na instituição/referenciação dos doentes: admissão e alta. (serviço de urgência, consulta, centro de saúde, vizinhos/comunidade...)
- 2.2. Quais diagnósticos de enfermagem mais comuns/prevalentes? Que diagnósticos de enfermagem mais comuns sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação (EER)?
- 2.3. Que patologias são mais frequentes?
- 2.4. Qual o tempo médio de internamento/tempo de acompanhamento/programa de intervenção do EER?
- 2.5. Aspetos sócio demográficos dos clientes?

3. Recursos Humanos do serviço

- 3.1. Número de enfermeiros generalistas, EER, outros enfermeiros especialistas de outras áreas.
- 3.2. Que funções assumem os EER no serviço? (chefia/coordenação/prestação de cuidados gerais e/ou reabilitação).
- 3.3. Como é constituída a equipa? (médicos, FT, TO, TF)

4. Organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação?

- 4.1. Em função dos EER que dispõe como organiza e gere a sua presença pelos vários turnos de trabalho?
- 4.2. Que critérios têm em conta para definir a necessidade da presença do EER?

Guião de Entrevista ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação:

1. Intervenção do Especialista de Reabilitação

1.1. Avaliação, planeamento, implementação, avaliação e continuidade dos cuidados:

- 1.1.1. Em que momento e como são identificadas as necessidades de intervenção dos enfermeiros de reabilitação?
- 1.1.2. Quem é o foco da intervenção do EER? (pessoa, família, cuidador?)
- 1.1.3. Como e quando é realizado o planeamento do programa de reabilitação (é realizado em equipa? Em que momento do acompanhamento/internamento?).
- 1.1.4. Quais as intervenções do EER junto da família?
- 1.1.5. Onde e como documentam o planeamento realizado?
- 1.1.6. Que instrumentos de registo são utilizados para o registo dos cuidados do EER? Em que plataforma (papel/informático)? Se os registos refletem a intervenção e os resultados obtidos resultante dessa mesma intervenção?
- 1.1.7. Como se processa o planeamento da alta e a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Que recursos utilizam?
- 1.1.8. São implementadas intervenções promotoras da reintegração socioprofissional?
- 1.1.9. Como se articula o EER com a restante equipa?
Sentem que existe alguma limitação ao cuidado de enfermagem de reabilitação?

1.2. Recursos disponíveis à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?

- 1.2.1. São utilizados instrumentos de avaliação?
- 1.2.2. Que recursos materiais estão ao dispor do EER?

1.3. Projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento no serviço que abrangem os cuidados de enfermagem de reabilitação?

Guião de observação do Contexto:

1. Espaço físico

1.1. Organização do espaço

1.1.1. Quartos e sua ocupação (número de doentes)

1.1.2. Espaços ao dispor dos doentes e famílias (salas de estar, refeitório, etc.)

1.1.3. Áreas e ou espaço de trabalho (ginásios, salas para intervenções específicas, etc.)

1.1.4. É fornecido algum tipo de informação documental na admissão ao serviço?

2. Prestação de cuidados

2.1. Qual a posição, papel, e intervenção do EER na passagem de turno?

2.2. Modo como se processou a prestação de cuidados pelo EER? (acompanhamento do enfermeiro)

2.3. Que intervenções são realizadas e que podem otimizar o planeamento da alta hospitalar?

3. Processo de enfermagem do doente

3.1. Em que plataforma?

3.2. Como está organizado e que documentos o compõem? (com atenção aos documentos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação?)

3.3. Que instrumentos de avaliação?

3.4. De que modo se documenta o planeamento da alta?

4. Horário, e número de visitas permitidas

5. Recursos materiais

5.1. Dispositivos materiais ao dispor e utilizados pelo EER?

Apêndice II – Descrição da observação e entrevistas aos Enfermeiros Chefe e Enfermeiros Especialistas.

Ambos os serviços estão situados no mesmo conselho da área de influência da ARS Lisboa e Vale do Tejo, sendo que, as suas áreas de abrangência de prestação de cuidados se sobrepõem, à exceção do internamento que se estende a todo o Sul do País. A UCC abrange uma população residente estimada de 166.148 pessoas.

Relativamente à UCC, esta representa uma nova forma de prestação de cuidados na comunidade. Constitui uma unidade funcional do ACES e trabalha em estreita colaboração com as restantes unidades funcionais.

Esta unidade tem como missão prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social assegurando: atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras das comunidades; atividades de âmbito de proteção e promoção de saúde da comunidade, com incidência prioritária em determinados contextos (escolas, locais de trabalho, bem como a prestação de cuidados a grupos populacionais particularmente vulneráveis e com problemas de saúde de grande impacto social; intervenções dirigidas ao indivíduo/família, designadamente as orientações para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, especialmente pessoas com marcada dependência física e funcional e/ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular em particular no domicílio.

Em termos físicos tem sede num espaço constituído por gabinetes de trabalho e consulta, destacando-se dois espaços para a realização de atividades de formação de vários âmbitos à população. O seu horário de funcionamento é de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h e aos sábados e domingos das 9h às 17h para a prestação de cuidados continuados programados.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar que é composta por todos os profissionais do ACES, no entanto a UCC é constituída por uma enfermeira

especialista em reabilitação, uma enfermeira generalista, uma fisioterapeuta, assistente social e uma administrativa.

Em relação ao programa, destaco a reabilitação, que pretende contribuir para uma maior autonomia, reabilitação e qualidade de vida, e por outro lado a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária. Dentro deste programa destaca-se o projeto “reabilitação” que tem como objetivo central o acompanhamento multidisciplinar de doentes com AVC recente, com necessidade de reabilitação após alta hospitalar e residentes no concelho. De destacar ainda a continuidade dos cuidados em termos da vertente de UCCI.

Em termos da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, a sua intervenção não está apenas direcionada para o projeto reabilitação em doentes com AVC, pois, a avaliação e programas de reabilitação abrangem todos os doentes que são acompanhados pela equipa, os quais podem ser admitidos via RNCCI, referenciados por outras unidades funcionais do ACES ou por referência direta por parte do hospital de referência. A articulação é um aspeto que para a enfermeira de reabilitação deve ser trabalhado pois, verifica que perde muitos doentes, sobretudo com AVC em processo de articulação mal planeados. O tempo de acompanhamento e intervenção por parte do enfermeiro especialista em reabilitação é muito variável, pois depende da avaliação feita e das necessidades de cada pessoa, a título de exemplo, a enfermeira refere que pode chegar a estar uma manhã com o mesmo doente. Verificamos assim que muitas das vezes o enfermeiro especialista não pode visitar todos os doentes e aqui surge o importante papel em termos de articulação entre os vários elementos da equipa.

O foco da intervenção não se limita ao doente, assumindo a família e cuidadores um papel fundamental. A enfermeira refere que por vezes a grande parte da intervenção é com o cuidador. A intervenção do enfermeiro de reabilitação não se finda na prestação de cuidados diretos, tendo um importante papel em termos de formação de pessoas e instituições que direto ou indiretamente trabalham com a UCC.

De destacar que em termos de instrumentos para a reabilitação não existem instrumentos, pois, tal como refere a enfermeira é um verdadeiro “improviso”, o

treino de marcha é com uma cadeira, a sensibilidade é com um copo com água frio ou quente, o bastão é um cabo de vassoura.

Relativamente ao internamento hospitalar, em termos físicos engloba um serviço constituído por 15 camas de enfermaria, 4 camas de unidade de cuidados intermédios neurocirúrgicos e 4 camas de unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos.

Em termos de percurso na instituição, os doentes podem dar entrada no serviço por via do serviço de urgência por motivos agudos ou por via de internamento programada, neste caso para realização de procedimentos cirúrgicos. Em termos de alta, esta pode ocorrer para o domicílio, centros de reabilitação ou outras instituições.

Os diagnósticos médicos são muito variáveis, estando relacionados com patologias do foro neurocirúrgico e neurológico. No caso do doente com AVC estes são mais significativos no caso dos AVCs hemorrágicos. Em termos dos diagnósticos de enfermagem, estes estão direccionados e refletem as necessidades de cada pessoa e/ou cuidador. A enfermeira chefe refere-nos ainda em termos dos diagnósticos a sazonalidade dos mesmos, pois, a título de exemplo a LVM são mais frequentes no verão, ou por outro lado podem surgir num determinado mês vários traumatismos crânio e não surgirem durante um longo período de tempo. De destacar que o envelhecimento demográfico também tem expressão nos internamentos, como seja nos traumatismos cranianos em pessoas idosas por queda.

Em relação ao tempo médio de internamento não tenho neste momento dados que me permitam abordar esta questão, no entanto e tal como referido, a intervenção do enfermeiro deve iniciar-se precocemente e ter em conta que o doente estará internado o menor tempo possível. Por outro lado tem de haver uma garantia de que há uma continuidade de cuidados porque o doente tem de estar o menos tempo possível internado.

Este internamento de neurocirurgia possui três enfermeiros especialistas, sendo a enfermeira chefe igualmente especialista em reabilitação. As funções do enfermeiro especialista centram-se na prestação de cuidados especializados de reabilitação, exceto no caso do serviço por algum motivo necessitar que os enfermeiros de reabilitação assumam cuidados generalistas, no entanto, nesse caso o especialista fica com um número reduzido de doente e deve valorizar a reabilitação aos doentes que mais necessitam.

Em termos de organização dos enfermeiros especialistas, a enfermeira chefe procura que todas as manhãs estejam preenchidas por enfermeiros de reabilitação, tendo capacidade de ter uma tarde por semana preenchida por estes enfermeiros. A existir um critério para a necessidade do especialista está relacionado com as necessidades do serviço e dos doentes.

O enfermeiro especialista durante a passagem de turno recebe as informações relativas a todos os doentes da enfermaria. Posteriormente procura ter conhecimento dos doentes que se encontram internados nas duas unidades. Todos os doentes admitidos são avaliados pelo enfermeiro especialista, algo que é a base para o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A intervenção do especialista é muito abrangente, desde reabilitação respiratória muito significativo nos doentes de unidade de intermédios e intensivos e por outro lado a reabilitação motora em todos os doentes. O enfermeiro especialista orienta igualmente muitos dos ensinamentos realizados, os quais são dirigidos ao doente e família.

Os registos os enfermeiros realizam os seus registos em sistema SAPE, tendo intervenções específicas para os cuidados que prestam, nas quais os enfermeiros descrevem em pormenor as suas intervenções em notas associadas. Realizam ainda registos num sistema paralelo elaborado pelos próprios no sentido de conseguirem obter indicadores do seu trabalho. Fazem uso de instrumentos de avaliação inseridos no sistema SAPE para avaliação de consciência, força, risco de queda e utilizam à parte a FIM em documento elaborado pelos enfermeiros especialistas.

Em termos de planeamento da alta o enfermeiro de reabilitação tem uma participação importante em termos de avaliação das necessidades, na componente de ensinos e na articulação com a comunidade ou instituições. Sempre que um doente é encaminhado para um centro de reabilitação, existe a elaboração de uma carta de transferência de enfermagem de reabilitação específica.

Um aspeto importante referido pelo enfermeiro especialista prende-se com a importância e o valor que a chefia dá ao trabalho do enfermeiro de reabilitação, algo muito valorizado pela enfermeira chefe.

Podemos destacar alguns projetos desenvolvidos no serviço em relação na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação, como seja, a aplicação de bandas neuromusculares, publicação de um artigo, Atelectasias, estudos de caso – intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. Por outro lado a participação na organização das jornadas de enfermagem de reabilitação do hospital.

A observação permitiu perceber que estão ao dispor do enfermeiro especialista vários instrumentos que podem usar na sua prática, como seja, dispositivos para marcha, ecógrafo vesical, dispositivos de transferência, dispositivos para avaliação neurológica (pares cranianos) e outros.

Apêndice III - Planeamento e avaliação das atividades

1. Atividades para o objetivo específico: Identificar as necessidades de reabilitação da pessoa com AVC relacionadas com o regresso a casa.

De modo a dar resposta a este objetivo, torna-se importante em primeiro lugar conhecer a pessoa e avaliar as suas necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, considero que esta avaliação deverá abranger a nível hospitalar dois momentos, as necessidades agudas de reabilitação e as necessidades relacionadas com o regresso a casa, as quais podem estar interligadas. Defino como atividades para dar resposta a este objetivo:

Elaboração da história de enfermagem de reabilitação, focando os aspetos mais importantes à situação de cada pessoa.

Em contexto comunitário privilegiar a visita domiciliária para um melhor conhecimento da pessoa, o contexto sócio familiar e condições habitacionais.

Identificação de situações de múltiplas transições e sequenciais.

Identificação dos aspetos facilitadores ou inibidores à transição situacional.

Avaliação da pessoa a nível cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação e eliminação, realização das AVDs, limitações, incapacidades e respostas inadequadas no sentido de identificar necessidades de intervenção.

Avaliação e registo da evolução dos resultados obtidos pela pessoa para poder objetivar as reais necessidades relacionadas com o regresso a casa.

Utilização de instrumentos de avaliação para enriquecer a avaliação, obter indicadores e posteriormente permitir comparar resultados.

Identificação de necessidades educacionais da pessoa e outros recursos envolvidos na transição.

1.1 Recursos a mobilizar para as atividades do objetivo específico: Identificar as necessidades de reabilitação da pessoa com AVC relacionadas com o regresso a casa.

A entrevista à pessoa será o primeiro recurso a mobilizar, pois, permitirá conhecer a história de vida e de saúde da pessoa. Esta entrevista será também usada para colher informações pertinentes em termos familiar, habitação e comunidade. De destacar que a entrevista será sempre extensível à família.

Na avaliação da pessoa a nível das várias funções será importante recorrer aos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, nomeadamente, em termos de exame neurológica (estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha), alterações da linguagem, da deglutição, da mobilidade, eliminação vesical e intestinal.

O recurso aos conhecimentos sobre a teoria da transição permitirá atuar nas intervenções cujo o foco são componentes desta teoria, como seja a natureza da transição e condições de transição.

A observação será fundamental ao longo de toda a prestação de cuidados, desde a avaliação da pessoa, ao ambiente e à evolução que se vai verificando.

O supervisor constitui-se como um recurso ao qual poderei recorrer para melhorar a minha prática e me orientar neste objetivo de avaliação inicial.

Pelo facto que não estar presente diariamente, a equipa de enfermagem e os registos de enfermagem constituem um importante recurso em termos de avaliação da pessoa e da sua história de vida e saúde.

O recurso a instrumentos de avaliação será fundamental para dar resposta a uma das intervenções delineadas. A este nível, podem ser referidos a instrumentos como a escala de Glasgow, Lower, MIF, Morse, existente no contexto de internamento. Por outro lado, poderá recorrer-se a outros instrumentos sobre os quais tenho alguns conhecimentos como a escala de Ashworth modificada.

Por fim, os registos de enfermagem serão fundamentais para documentar as avaliações realizadas. Destaca-se aqui como principal recurso o sistema SAPE utilizado no contexto de internamento de neurocirurgia.

1.2 Avaliação das atividades do objetivo específico: Identificar as necessidades de reabilitação da pessoa com AVC relacionadas com o regresso a casa.

Constituem indicadores de avaliação para este objetivo específico:

Avaliou a transição vivida pela pessoa ao nível da natureza e condições de transição.

Identificou necessidades de cuidados de reabilitação fundamentados na história clínica valorizando os domínios pessoal, familiar, sócio comunitário e habitacional.

Identificou necessidades de cuidados de reabilitação a partir da avaliação das várias funções humanas, valorizando alterações na realização das AVDs, limitações, incapacidades e respostas inadequadas;

Avaliou e registou as informações colhidas no plano de cuidados sujeitando-o às reformulações necessárias.

Como critérios de avaliação define-se:

Recolheu informação pertinente para a prestação de cuidados de reabilitação junto da pessoa e família através de entrevista.

Fez uso da observação para identificar e avaliar o ambiente comunitário, condições habitacionais e barreiras arquitetónicas.

Utilizou e demonstra conhecimento sobre os instrumentos de avaliação existentes nos locais de ensino clínico (Glasgow, Lower, Morse, MIF).

Identificou a existências de múltiplas transição vividas pela pessoa e que possam decorrer em simultâneo.

Identificou condições facilitadoras ou inibidoras da transição a nível pessoal, familiar e comunitário.

Avaliou as limitações à realização das AVDs, limitações, incapacidades e respostas inadequadas a nível cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação e eliminação.

Utilizou outros instrumentos de avaliação que pudessem melhorar a avaliação da pessoa a nível cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação e eliminação.

Realizou uma avaliação sistemática da evolução e ganhos da pessoa a nível cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação e eliminação no sentido de identificar necessidades relacionadas com o regresso a casa.

Registou as informações colhidas nos instrumentos pré definidos dos locais de ensino clínico (Sistemas SAPE)

Realizou registo de forma complementar para efeito de relatório em documento próprio elaborado para o efeito pelo estudante.

1.3 Competências a desenvolver através das atividades do objetivo específico:

Identificar as necessidades de reabilitação da pessoa com AVC relacionadas com o regresso a casa.

Considero que o alcançar deste objetivo permitirá desenvolver competências específicas do enfermeiro de reabilitação em termos de “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade” (J1.1.), sobretudo direcionado para a avaliação da pessoa com doença cerebrovascular. Além disso, permitirá desenvolver competências em termos da avaliação das alterações na pessoa que podem conferir limitações a longo prazo, nomeadamente no regresso a casa.

A mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso permitirá ter uma prática baseada na evidência, o que considero que vai ao encontro da

competência comum do enfermeiro especialista “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (B1.2.).

2 Atividades para o objetivo específico: Identificar os recursos necessários ao processo de planejamento do regresso a casa da pessoa com AVC

As consequências do AVC podem levar à necessidade de recorrer e identificar recursos que possam otimizar o processo de planejamento do regresso a casa da pessoa com AVC, de modo a melhorar esta transição situacional. Define-se assim como atividades a implementar:

Identificação dos elementos que são o foco da intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de planejamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Identificação da existência de recursos humanos na área de residência da pessoa com AVC que possam dar continuidade às necessidades de reabilitação que se mantêm e/ou que possam surgir;

Informação à pessoa e família sobre instituições e recursos disponíveis na comunidade que possam ajudar na resposta a algumas necessidades da pessoa como seja higiene, refeições e outros.

Elaboração da carta de transferência enquadra às diferentes respostas de continuidade de cuidados.

Realização de uma articulação com os recursos da comunidade antes e após a alta hospitalar.

2.1 Recursos a mobilizar para as atividades do objetivo específico: Identificar os recursos necessários ao processo de planejamento do regresso a casa da pessoa com AVC

A história de enfermagem de reabilitação constitui o primeiro recurso a mobilizar na identificação dos elementos a mobilizar no processo de planeamento do regresso a casa.

O supervisor constitui-se como um importante recurso, como seja em termos do conhecimento que detêm em relação aos recursos existentes na comunidade e a adequação dos mesmo a cada pessoa.

A equipa interdisciplinar, como seja a assistente social poderá constituir aqui um recurso importante em termos das respostas de apoio social existente na área de residência.

Pelo facto que não estar presente diariamente, a equipa de enfermagem e os registos de enfermagem constituem um importante recurso em termos de avaliação da pessoa e da sua história de vida e saúde.

As respostas humanas na área da reabilitação existente na comunidade surgem como um recurso importante em termos de encaminhamento e articulação.

As instituições de apoio social existentes na comunidade como seja centros de dia, equipas de apoio domiciliário constituem-se como recursos a mobilizar.

Recursos como a carta de enfermagem, contatos telefónicos e outros meios de comunicação poderão constituir recursos a mobilizar em termos de continuidade de cuidados.

2.3 Avaliação das atividades do objetivo específico: Identificar os recursos necessários ao processo de planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Constituem indicadores de avaliação para este objetivo específico:

Identificou o foco da intervenção dos cuidados de reabilitação no planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

Identificou e recorre aos recursos disponíveis na comunidade para dar resposta às necessidades da pessoa que possam surgir a nível da higiene, eliminação, alimentação, confeção de refeições e outras.

Promoveu a continuidade de cuidados de enfermagem (em especial os cuidados de enfermagem de reabilitação) à pessoa com AVC na transição situacional do regresso a casa.

Como critérios de avaliação define-se:

Avaliou a possibilidade e pertinência da integração da família e/ou cuidador informal nos cuidados de planeamento do regresso a casa.

Faz uso das condições facilitadoras de transição em termos familiares e comunitárias identificadas.

Identificou e recorre aos recursos disponíveis na instituição hospitalar e comunidade para promover a continuidade dos cuidados de reabilitação da pessoa com AVC.

Forneceu informação útil para a tomada de decisão da pessoa e família em relação à escolha das melhores respostas em termos de continuidade de cuidados.

Adequou a utilização dos instrumentos de articulação às necessidades da pessoa.

Assegurou que os instrumentos de articulação chegam em tempo útil aos destinatários que darão resposta à continuidade de cuidados, recorrendo para isso, ao email, fax ou correspondência por carta.

2.4 Competências a desenvolver através das atividades do objetivo específico: Identificar os recursos necessários ao processo de planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

As atividades definidas para este objetivo em termos de continuidade de cuidado têm sempre por base conhecimentos que orientam a tomada de decisão. A este nível, são os conhecimentos adquiridos que levaram a decidir que um doente necessita de determinado tipo de cuidado e de um tipo de apoio. A título de

exemplo, doente com hemiparesia que terá alta e necessita de apoio na higiene. Considero assim poder alcançar a competência (B1.2.), *Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.*

As intervenções desenvolvidas no planeamento do regresso a casa vão no sentido de promover uma transição saudável, dando continuidade às necessidades de cuidados que se mantêm à saída do hospital e que podem surgir no decurso do regresso a casa, promovendo assim “ *um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos*” (B3.1.)

Porque os recursos necessários ao planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC constituem um aspeto importante na conceção e implementação de planos de intervenção, considero que as atividades definidas para este objetivo são promotoras do desenvolvimento das competências “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (J1.2) e, “ Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis, motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade” (J1.3).

3. Atividades para o objetivo específico: Delinear e implementar planos de intervenção direcionados para o regresso a casa da pessoa com AVC.

Após a avaliação inicial, a nível pessoal, família e social, torna-se importante delinear intervenções com vista a dar resposta às necessidades da pessoa, família e cuidador relacionadas com o planeamento do regresso a casa. Considero assim as seguintes atividades para dar resposta a este objetivo:

Em função das necessidades da pessoa, otimizar as funções cardio respiratória, reeducação funcional motora; sensorial e cognitiva, sexualidade, reeducação da função alimentar e eliminação através de conceção e implementação de programas de reabilitação no internamento e comunidades, direcionados para o regresso a casa.

Promoção da continuidade dos cuidados para as necessidades que se mantêm ao longo do internamento e que surgem no decurso do regresso a casa.

Identificação de fatores e risco relacionados com o regresso a casa e que possam comprometer e/ou alterar as funções a nível, motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade.

Realização de sessões de educação à pessoa e família relacionadas com as necessidades identificadas.

Capacitação do cuidador para o papel de prestador de cuidador informal recorrendo a ensino, instrução e treino.

Avaliação dos indicadores de processo da pessoa, família e cuidador ao longo da transição, como seja sentir-se ligado no processo de planeamento do regresso a casa; interagir com os profissionais; sentir-se situado na transição; desenvolvimento da confiança e coping.

Avaliação de pontos críticos na transição, como seja o momento do diagnóstico, tomada de consciência das consequências do AVC, saída do hospital e regresso a casa, no sentido de os colmatar ou minimizar.

Avaliação da necessidade de produtos de apoio que possam melhorar a capacidade da pessoa ou diminuir as barreiras.

Prescrição de intervenções para reeducar e otimizar as funções alteradas e que podem ser iniciadas pela pessoa e família.

Avaliação e registo dos cuidados prestados no sentido de perceber a evolução e os ganhos obtidos junto da pessoa e cuidador,

Colaboração em projetos institucionais promotores de melhoria dos cuidados no âmbito do planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

3.1 Recursos a mobilizar para as atividades do objetivo específico: Delinear e implementar planos de intervenção direcionados para o regresso a casa da pessoa com AVC.

A avaliação inicial realizada, constitui-se como o primeiro recurso a mobilizar para a conceção e implementação de intervenções.

São vários os conhecimentos e competências desenvolvidos ao longo das sessões letivas que se constituem como um recurso para alcançar este objetivo. Refiro-me a conhecimentos mais direcionados para os cuidados de reabilitação à pessoa com AVC, como seja a nível das funções:

- Respiratória – Reeducação costal (diminuição da mobilidade do hemicorpo da paresia), técnicas de manutenção da permeabilidade da via aérea (imobilidade, pneumonias de aspiração), técnica da tosse (aumento de secreções, doentes com disfagia).
- Motora e sensorial – Como seja mobilização, posicionamento anti espástico, atividades terapêuticas, levante, treino de marcha.
- Alimentar – Intervenções dirigidas à disfagia, alimentação da pessoa com dependência ou com dispositivos terapêuticos.
- Eliminação vesical e intestinal – intervenções dirigidas às necessidades da pessoa, resultantes por exemplo de consequências do AVC como seja bexiga e intestino neurogénico desinibido.

O supervisor clínico será um importante recurso em termos de transmissão de conhecimentos e competências. A título de exemplo, posso fazer referência à experiência do enfermeiro de reabilitação da UCC em termos de planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC face a um projeto implementado a este nível (projeto “reabilitação”).

Procurarei sempre que se justifique recorrer aos materiais e dispositivos de reabilitação existentes no serviço, como seja quadro quadriculado, bola suíça, tabuas de transferência, *baton*, *bladerscan*.

3.2 Avaliação das atividades do objetivo específico: Delinear e implementar planos de intervenção direcionados para o regresso a casa da pessoa com AVC

Constituem indicadores de avaliação para este objetivo específico:

Concebeu e implementou programas de reabilitação no internamento e comunidade que dão resposta às alterações das funções humanas da pessoa com AVC no regresso a casa.

Avaliou os resultados dos programas de reabilitação

Como critérios de avaliação define-se:

Concebeu planos de intervenção para reeducação das funções cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação , eliminação e sexualidade.

Interveio sobre o risco de alterações a nível cognitivo, sensorial, motor, cardio respiratório, alimentação , eliminação e sexualidade.

Realizou treino de AVDs tendo em vista o regresso a casa

Ajudou a pessoa e cuidador na tomada de decisão relativa à avaliação da necessidade de produtos de apoio.

Realizou ensino, instrução e treino sobre utilização de produtos de apoio.

Realizou sessões de ensino, instrução e treino à pessoa, família e cuidador.

Discutiu e concebe os programas de intervenção com a pessoa, família e/ou cuidador.

Monitorizou e avaliou os resultados dos programas de reabilitação

Utilizou instrumentos de avaliação adequados à situação

3.3 Competências a desenvolver através das atividades do objetivo específico: Delinear e implementar planos de intervenção direcionados para o regresso a casa da pessoa com AVC

Este é sem dúvida o objetivo que me permite desenvolver um maior leque de competências. Desde logo é à semelhança do objetivo anterior, os conhecimentos mobilizados e adquiridos permitir ir no sentido da competência “*Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática*” (B1.2.).

Os planos de intervenção delineados e implementados junto da pessoa com AVC para otimizar as funções alteradas e planejar o regresso a casa permitem desenvolver várias competências como seja, “*promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos*” (B3.1.), “*concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (J1.2.), “*implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis, motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade*” (J1.3.), “*elabora e implementa programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização de autonomia e qualidade de vida*” (J2.1).

Face às competências específicas que procuro desenvolver em termos do planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC considero que posso contribuir para otimizar “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” (C1.1.).

Uma das atividades definida para este objetivo é prescrever intervenções que podem ser iniciadas por outros. A partir, daqui considero ir ao encontro da competência “*orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*” (C1.2.).

Todas as intervenções implementadas serão avaliadas em termos de resultados, o que permite desenvolver a competência “*avalia os resultados das intervenções implementadas*” (J1.4.).

4 Atividades para o objetivo específico: Identificar a intervenção do EER na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar que seja promotor da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

Face à diminuição dos tempos de internamento, a continuidade dos cuidados torna-se fundamental, assumindo as instituições e unidades da comunidade um papel preponderante em termos do regresso a casa após hospitalização. A otimização da continuidade dos cuidados torna-se assim fundamental, pelo que defino como atividades para este objetivo:

Recorre à informação fornecida pelos colegas das instituições hospitalares para dar continuidade aos cuidados de reabilitação iniciados no hospital.

Realização da avaliação da pessoa, família, ambiente domiciliário e social no sentido de definir planos de intervenção direcionados às necessidades da pessoa.

Delinear e implementar programas de reabilitação em função das necessidades da pessoa em termos de reabilitação cardio respiratória, reeducação funcional motora; sensorial e cognitiva, sexualidade, reeducação da função alimentar e de alimentação em contexto de visitação domiciliária.

Aumentou a capacidade da pessoa através de ajudas técnicas e diminuir as exigências do meio eliminando ou diminuindo barreiras arquitetónicas, para ter ganhos de autonomia.

Promoveu a integração social da pessoa através de planos de intervenção que possibilitem a deslocação e reabilitação da pessoa no ambiente comunitário.

Recorreu a outras instituições da comunidade para obter respostas de apoio adequadas às necessidades da pessoa e família como seja o centro de dia, ajudantes familiares.

Implementou planos de reabilitação que contemplem exercícios necessários à realização da atividade profissional da pessoa, tentando promover a integração profissional da pessoa.

Colaborou em projetos institucionais promotores de melhoria dos cuidados no âmbito do planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC.

4.1 Recursos a mobilizar para as atividades do objetivo específico: Identificar a intervenção do EER na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar que seja promotor da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

À semelhança do objetivo anterior também, os conhecimentos e competências desenvolvidos constituem um importante recurso a mobilizar, sobretudo aqueles mais direcionados para os cuidados de reabilitação à pessoa com AVC.

Face à minha reduzida experiência de prestação de cuidados na comunidade, vejo a enfermeira especialista em reabilitação da UCC como um recurso muito importante.

As instituições de apoio social da comunidade assumem aqui um recurso importante em termos de apoio e integração social da pessoa.

4.2 Avaliação das atividades do objetivo específico: Identificar a intervenção do EER na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar que seja promotor da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

Constituem indicadores de avaliação para este objetivo específico:

Deu continuidade aos cuidados de reabilitação iniciados em contexto hospitalar.

Deu resposta às necessidades da pessoa com AVC através da implementação de programas de reabilitação

Implementou programas de reabilitação que promovem a integração socio familiar e comunitária e profissional da pessoa.

Valorizou e intervém na capacitação da família e cuidador informal para o papel de cuidador informal.

Como critérios de avaliação define-se:

Delineou e implementou programas de reabilitação em função das necessidades da pessoa em termos de reabilitação cardio respiratória, reeducação funcional motora; sensorial e cognitiva, sexualidade, reeducação da função alimentar e de alimentação em contexto domiciliária.

Implementou os programas de reabilitação em contexto comunitário.

Discutiu e planeia intervenções com a pessoa e família.

Avaliou necessidade de produtos de apoio e mudanças no ambiente domiciliário e comunitário para reduzir barreiras arquitetónicas, integrando a pessoa e família na tomada de decisão.

Recorreu a instituições ou outras entidades que contribuam para melhorar a resposta às necessidades da pessoa no regresso a casa.

Recorreu a instituições ou outras entidades para promover a integração social e profissional.

4.3 Competências a desenvolver através das atividades do objetivo específico: Identificar a intervenção do EER na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário após a alta hospitalar que seja promotor da autonomia, adaptação funcional e sócio familiar.

A prestação de cuidados à pessoa com AVC após hospitalização no ambiente em que esta se insere permite-me perceber as suas reais necessidades, permitindo-me *“promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos”* (B3.1.).

A continuidade dos cuidados de reabilitação assume aqui especial relevância, pois, além das necessidades que já se verificavam no internamento hospitalar, podem

surgir com o regresso a casa novas necessidades, levando-me a desenvolver competências em termos de conceber “ *planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (J1.2.), “*implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis, motor, sensorial, cognitivo, cardio respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade*” (J1.3.), “*elabora e implementa programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização de autonomia e qualidade de vida*” (J2.1). De destacar que este planeamento de cuidados será mais sensível às necessidades da pessoa relacionadas com o regresso a casa.

Os conhecimentos mobilizados e adquiridos permitir ir no sentido da competência “*Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática*” (B1.2.).

A integração social é outros dos objetivos que se pretende com as atividades definidas, pelo que, ao definir planos de intervenção que contemplem a integração e participação social estarei a desenvolver a competência “*promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social*” (J2.2.)

Apêndie IV - Cronograma - Locais e duração dos Ensinos Clínicos

| Ano | 2013 | | | | | | | | | | | | 2014 | | | | | | | |
|--|---------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
| Mês | Outubro | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | | Janeiro | | | | Fevereiro | | | |
| Semana do mês | 1 a | 2 a | 3 a | 4 a | 1 a | 2 a | 3 a | 4 a | 1 a | 2 a | 3 a | 4 a | 1 a | 2 a | 3 a | 4 a | 1 a | 2 a | 3 a | 4 a |
| <u>Serviço de Neurocirurgia - 30-09-</u> <u>2013 a 20-12-2013</u> | | | | | | | | | | | | / | / | | | | | | | |
| <u>Unidade de Cuidados na Comunidade- 06-01-2014 a 14-02-</u> <u>2014</u> | | | | | | | | | | | | / | / | | | | | | | |

**APÊNDICE II – Caracterização da população a quem prestei cuidados de
Enfermagem de Reabilitação**

| Contexto | Nome | Género | Idade | Tipo de AVC | Antecedentes pessoais de saúde | Glasgow na admissão | Duração dos cuidados | Agregado doméstico | Familiar de referências | Outros familiares | Destino após alta | Local de residência |
|----------|------|--------|-------|-------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------|
| Hospital | G | M | 24 | Hemorragico | Não | 15 | 34 dias | Mãe, padrasto, irmã | Mãe | Avó, pai, mãe | Domicilio CMFR SBA | Azeitão |
| | A | M | 82 | Hemorragico | Sim | 6 | 96 dias | Sozinho | Filhas | _____ | Hospital do Barreiro | Alcochete |
| | E | F | 79 | Hemorragico | Sim | 14 | 20 dias | Sozinha | Neta | _____ | Hospital do Setúbal | Moita |
| | JTM | M | 85 | Hemorragico | Sim | 15 | 6 dias | Esposa | Esposa | Filha Neta | Hospital do Barreiro | Montijo |
| | MC | F | 85 | Hemorragico | Sim | 14 | 17 dias | Sozinha | Filha | _____ | Hospital do Barreiro | Alcochete |
| | AG | M | 53 | Hemorragico | Sim | 5 | 72 dias | Sozinho | Filha | _____ | RNCCI | Seixal |
| | A | M | 79 | Hemorragico | Sim | 6 | 63 dias | Sozinho | Filho | _____ | Hospital Litoral alentejano | Alentejo |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----|---|----|--------------------------|-----|----|---------|--------------|--------|----------|---------------------|---------|
| Domicilio | JT | M | 81 | Hemorragico | Sim | 14 | 39 dias | Esposa | Esposa | Filha | Hospital de Setúbal | Setúbal |
| | MH | F | 75 | Isquémico | Sim | 15 | 38 dias | Esposo | Esposo | Filha | Mantém seguimento | Almada |
| | N | M | 42 | Hemorragico | Sim | 14 | 35 dias | Mãe | Mãe | _____ | Mantém seguimento | Almada |
| | M | M | 73 | Isquémico | Sim | 15 | 37 dias | Esposa | Esposa | Filha | Mantém seguimento | Sobreda |
| | H | M | 62 | Isquémico Hemorragico | Sim | 15 | 26 dias | Esposa | Esposa | Filho | Sem referenciação | Almada |
| | E | F | 86 | Isquémico | Sim | 15 | 38 dias | Filho e nora | Filho | Sobrinha | Mantém seguimento | Almada |

APÊNDICE III – Plano de Cuidado do Sr. H

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Ensino Clínico – UCC a Outra Margem

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Sr. H

João Pedro Figueiredo Domingos – 4690

Docente:

Prof^a. Dr.^a Vanda Marques Pinto

Orientador Clínico:

Enf^a MJL

Almada, 14 Janeiro de 2014

Sumário

| | <u>Pag.</u> |
|--|--------------------|
| Introdução | 3 |
| 1. Apresentação do Sr. H | 4 |
| 2. Avaliação do Sr. H | 6 |
| 3. Plano de cuidados | 12 |
| 4. Apreciação sobre a transição | 18 |

Apêndices

Apêndice I – Variação dos limites e amplitude articular

Apêndice I– Variação das avaliações da MIF

Apêndice – Gestão de prioridades nas intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo das semanas.

Introdução

O plano de cuidados ao Sr. H que aqui se documenta, surge na continuidade dos cuidados que têm sido prestados a este doente após um episódio agudo de AVC.

A intervenção iniciou-se a 10/01/2014, sendo a partir desta data que a avaliação e o plano de cuidados são elaborados.

Em termos de organização, é descrito numa primeira fase a apresentação do Sr. H e respetiva avaliação inicial, à qual se segue o plano de cuidados definido para o doente em função dos principais problemas de enfermagem de reabilitação. No final é apresentado uma apreciação do processo de transição relativo a este doente.

1. Apresentação do Sr. H

O Sr. H de 62 anos é residente em Almada. Atualmente reformado a cerca de 5 anos e ex. chefe administrativo.

Antecedentes pessoais:

Apresenta como antecedentes pessoais, HTA, dois AVCs à 5 e 6 anos com hipoestesia braquial esquerda e apagamento do sulco nasogeniano. Cumpre o regime medicamentoso prescrito.

História sócio-familiar:

O Sr. H reside com a esposa em Almada. Tem dois filhos, sendo apenas o filho presente, pois a filha encontra-se emigrada.

Em termos habitacionais reside num apartamento de 3 assoalhadas numa subcave. Trata-se de um apartamento que tem dois acessos. O primeiro através de quatro lances de escadas estreitas que dão acesso à rua. O segundo, é pela traseira do apartamento diretamente para a rua. É em regra o primeiro acesso que é utilizado pelo doente quando este se desloca ao exterior.

O apartamento é constituído por sala dois quartos, cozinha e wc. Destaca-se wc com duche, sala com sofá onde o doente passa a maior parte do tempo. Chão do quarto em madeira, escorregadio se não foi utilizado calçado adequado.

O exterior do prédio apresenta uma rua alcatroada com inclinação. Passeios em calçada portuguesa e estacionamento frente à porta.

Situação atual de doença

Recorre ao hospital da área de residência por alterações na comunicação e hemiparesia esquerda. É internado com o diagnóstico de AVC isquémico do

hemisfério direito, tendo sido submetido a trombólise com transformação hemorrágica no hemisfério esquerdo.

Ainda segundo dados do internamento apresenta humor desinibido, paresia facial central esquerda, disartria, plégia do membro superior esquerdo e força de grau 2/5 no membro inferior (sic).

Dependente de terceiros para as AVDs. (dados fornecidos pela instituição hospitalar)

Diagnostico Clinico

AVC isq do hemisfério direito com transformação hemorrágica no hemisfério esquerdo.

História dos cuidados até dia 10/01/2014

Está atualmente a ser seguido pela ECCI para cuidados de reabilitação. Tem visitas domiciliárias 2ª, 4ª e 6ª feira com duração variável. Encontra-se a realizar fisioterapia no hospital de referências às 3ª e 5ª feira. Após alta hospitalar recusou institucionalização no CMFR de Alcoitão.

2. Avaliação do Sr. H 10/01/20014

Estado de consciência:

O Sr. H apresenta-se vígil, com abertura espontânea dos olhos, orientado na resposta verbal e obedece a ordens. Apresenta um score de 15 segundo a escala de Glasgow

Orientação:

Orientado em termos auto e alopsíquico

Atenção:

Dispersa a atenção com facilidade, o que pode diminuir a concentração no programa de reabilitação.

Memória:

Apresenta uma memória imediata e memória recente a curto e longo prazo conservada.

Linguagem:

O Sr. H apresenta discurso espontâneo, sem alterações na compreensão e nomeação.

A escrita encontra-se preservada, pois faz uso do braço direito para a escrita.

Destaca-se que se trata de uma pessoa bastante conversadora, algo que por vezes pode prejudicar a concentração durante os exercícios.

Pares cranianos: (10/01/2014)

I Olfativo – Não avaliado

II Óptico – Sem alterações. Faz uso de óculos.

III Motor ocular comum - Sem alterações. Pupilas isocóricas, isosimétricas e isoreativas.

IV Patético – Sem alterações

V Trigêmio – hipostesia do ramo maxilar esquerdo

VI Motor ocular externo – Sem alterações

VII Facial – Paresia facial central com desvio da comissura labial direito.

VIII Vestíbulo coclear – Prova dedo nariz à direita sem alterações. Apresenta desequilíbrio na marcha (causa de hemiparesia)

IX Glossofaringio – Não avaliado

X Vago – Tosse e deglutição eficaz.

XI Espinhal – Força de grau 5

XII Grande hipogloso – Protusão da língua sem alterações e sem desvio.

Força Muscular: (segundo a escala de Lower)

| Segmentos | Movimentos | Força - Hemicorpo direito | Força - Hemicorpo esquerdo |
|------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------|
| Cabeça e pescoço | Flexão | 5 | |
| | Extensão | 5 | |
| | Flexão lateral | 5 | |
| | Rotação | 5 | |
| Escapulo-umeral | Flexão | 5 | 3 |
| | Extensão | 5 | 3 |
| | Adução | 5 | 3 |
| | Abdução | 5 | 3 |
| | Rotação interna | 5 | 3 |
| | Rotação externa | 5 | 3 |
| Cotovelo | Flexão | 5 | 3 |
| | Extensão | 5 | 3 |
| Antebraço | Pronação | 5 | 3 |
| | Supinação | 5 | 3 |
| Punho | Flexão | 5 | 3 |
| | Extensão | 5 | 3 |
| | Desvio radial | 5 | 3 |
| | Desvio cubital | 5 | 3 |

| | | | |
|--------------|----------------------|---|---|
| | Circundação | 5 | 3 |
| Dedos mão | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 3 |
| | Adução | 5 | 3 |
| | Abdução | 5 | 3 |
| | Circundação | 5 | 3 |
| | Oponência do polegar | 5 | 3 |
| Tronco | Flexão lateral | 5 | 4 |
| Coxo Femural | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |
| | Rotação interna | 5 | 4 |
| | Rotação externa | 5 | 4 |
| Joelho | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| Tibiotársica | Flexão plantar | 5 | 4 |
| | Flexão dorsal | 5 | 4 |
| | Inversão | 5 | 4 |
| | Eversão | 5 | 4 |
| Dedos pé | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |

Alteração da motricidade grossa e fina da mão esquerda com alguma dificuldade para realizar a preensão grossa (segura comando de tv com dificuldade) e incapacidade para realizar a preensão fina (incapacidade de segurar uma caneta).

Amplitude articular: (com recurso a goniómetro)

| Movimento | Limites e amplitudes normais de referencia | Limites e amplitudes do doente nos segmentos do hemicorpo esquerdo (13.01.2014) |
|-----------------|--|---|
| Flexão-extensão | 10º-240º | 100º-160º |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| escapuloumeral | | |
| Adução-abdução escapuloumeral | 10°-180° | 110°-180° |
| Rotação externa e interna escapuloumeral | 0°-170° | 60°-120° |
| Flexão-extensão cotovelo | 30°-180° | 60°-130° |
| Flexão extensão coxofemoral | 50°-170° (com flexão do joelho) | 50°-170° (com flexão do joelho) |
| Adução abdução coxo femural | 135°-195° | 150°-185° |
| Flexão extensão joelho | 45°-180° | 45°-170° |

Tem dor à mobilização a nível da coifa dos rotadores, sobretudo nos músculos supra e infra espinhal (flexão e abdução da espaculo umeral) e a nível do bicípite braquial (extensão do cotovelo).

Tonús Muscular: (segundo a escala de Ashworth modificada)

| Segmentos | Movimentos | Hipertonicidade Ashworth modificada | | Hipotonia | |
|------------------|-----------------|--|---------|-----------|---------|
| Cabeça e pescoço | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Flexão lateral | 0 | | | |
| | Rotação | 0 | | | |
| | | Esquerda | Direita | Esquerda | Direita |
| Escapulo-umeral | Flexão | 3 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Adução | 0 | | | |
| | Abdução | 3 | | | |
| | Rotação interna | 3 | | | |
| | Rotação externa | 3 | | | |
| Cotovelo | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 3 | | | |
| Antebraço | Pronação | 1 | | | |
| | Supinação | 1 | | | |

| | | | | | |
|--------------|----------------------|---|--|--|--|
| Punho | Flexão | 1 | | | |
| | Extensão | 1 | | | |
| | Desvio radial | 1 | | | |
| | Desvio cubital | 1 | | | |
| | Circundação | 1 | | | |
| Dedos mão | Flexão | 1 | | | |
| | Extensão | 2 | | | |
| | Adução | 1 | | | |
| | Abdução | 1 | | | |
| | Circundação | 1 | | | |
| | Oponência do polegar | 1 | | | |
| Tronco | Flexão lateral | 0 | | | |
| Coxo Femural | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Adução | 0 | | | |
| | Abdução | 0 | | | |
| | Rotação interna | 0 | | | |
| | Rotação externa | 0 | | | |
| Joelho | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| Tibiotársica | Flexão plantar | 0 | | | |
| | Flexão dorsal | 0 | | | |
| | Inversão | 0 | | | |
| | Eversão | 0 | | | |
| Dedos pé | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |

Deglutição:

Sem alterações, deglute todas as consistências de alimentos sem dificuldades.

Função Respiratória:

Avaliação subjetiva:

Sem dispneia, secreções, toracalgias ou outras sintomas.

Avaliação Objetiva:

Em termos estático apresenta toráx sem alterações

A nível dinâmico, frequência respiratória de 18crpm, padrão respiratório de predomínio torácico, com respiração simétrica e regulares

A auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares. Sem ruídos adventícios.

Tosse eficaz, sem presença de secreções.

Tegumento:

Pele integra.

Eliminação vesical e intestinal

Em termos de eliminação vesical e intestinal apresenta continência e faz uso da sanita sempre que necessários. Transito intestinal mantido.

Auto-cuidados: (Avaliação recorrendo à MIF)

| MIF | 16/12/2013 | 10/01/2014 |
|--|------------|------------|
| A – Alimentar-se | 6 | 6 |
| B – Higiene pessoal | 5 | 5 |
| C – Banho | 4 | 5 |
| D – Vestir a metade superior do corpo | 4 | 5 |
| E - Vestir a metade inferior do corpo | 4 | 5 |
| F – Uso do sanitário | 6 | 6 |
| G – Controlo da urina | 6 | 7 |
| H – Controlo das fezes | 6 | 7 |
| I – Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas | 6 | 6 |
| J – Transferência sanitário | 6 | 6 |
| K – Transferência banho ou | 6 | 6 |

| | | |
|-----------------------------------|---|----------|
| chuveiro | | |
| L – Locomoção | 5 | 6 |
| M – Locomoção escadas | 3 | 3 |
| N – Compreensão | 7 | 7 |
| O – Expressão | 7 | 7 |
| P – Interação social | 7 | 7 |
| Q – Resolução de problemas | 6 | 7 |
| R – Memória | 7 | 7 |

Legenda:

- 1 – Ajuda total
- 2 – Ajuda máxima
- 3 – Ajuda moderada
- 4 – Ajuda mínima
- 5 – Supervisão
- 6 – Independência modificada
- 7- Independência completa

Segurança do doente e cuidador

Em termos de segurança há a destacar o risco de queda do doente, pois já se verificaram dois episódios de queda, na sala e wc sem consequências. Apresenta alto risco de queda segundo a escala de Morse.

Foram já realizados ensinamentos sobre o risco de queda e sinalizados os elementos do ambiente que podem condicionar um aumento do risco de queda.

3. Plano de cuidados

| Diagnostico – Parésia | |
|---|---|
| Data | |
| 10.01.2013 | Parésia facial central esquerda , relacionado com lesão do neurónio cortico nuclear no hemisfério cerebral direito, manifestador por desvio da comissura labial direito. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Avaliação da simetria facial.</p> <p>Ensino e instrução sobre exercícios de reeducação da musculatura facial: sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior.</p> <p>Prescrição dos exercícios 3 x dias com repetições de 10 x para cada movimento</p> | |
| Objetivo | |
| <p>Que o Sr. H e a esposa demonstrem conhecimentos sobre os exercícios que podem contribuir para a reeducação da musculatura facial.</p> <p>Promover a reeducação da musculatura facial esquerda</p> | |
| Avaliação | |
| <p>No dia 13.01 foram realizados e exemplificados os ensinamentos que o senhor H poderia realizar no sentido de melhorar a simetria facial. Três dias após questionei se mantinha a realização dos mesmos, algo que o Sr. confirmou, repetindo e exemplificando que exercício realizou. Mantém ainda desvio da comissura, mas mais discreto. Há que ter em conta a questão do antecedente pessoal a este nível.</p> | |

| Diagnostico – Parésia | |
|--|--|
| Data | |
| 10.01.2013 | Alteração do tonús muscular relacionado com lesão do neurónio cortico medular no hemisfério direito manifestado por força de grau 4/5 nos segmentos músculo articulares do membro inferior esquerdo, grau 3/5 nos segmentos músculo articulares do membro superior esquerdo, diminuição da amplitude articular e alteração da motricidade fina da mão esquerda. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| | |

| | |
|--|--|
| <p>Avaliação da força segundo a escala de Lower no início da sessão.</p> <p>Avaliação da amplitude articular recorrendo a goniómetro e reavaliação dentro de 15 dias.</p> <p>Mobilizações musculo articulares ativas resistidas nos segmentos do membro inferior esquerdo na cama com ciclo de 10 mobilizações.</p> <p>Mobilizações ativas assistidas nos segmentos músculo articulares do membro superior esquerdo com aplicação previa de frio a nível dos musculo agonistas e antagonistas da extensão do cotovelo e flexão e abdução da escapulo umeral com ciclo de 10 + 10 mobilizações.</p> <p>Realização de atividades terapêuticas: Ponte, rotação controlada da anca na cama e auto-mobilizações.</p> <p>Repetição das auto mobilizações na posição de sentado frente ao espelho.</p> <p>Ensinar e prescrever exercícios para reeducação da motricidade fina da mão: folhear revistas, jogos como 4 em linha, dadas, contar e mobilizar objetos de pequenas dimensões.</p> <p>Validar o cumprimento dos exercícios prescritos em todas as sessões.</p> | |
| Objetivo | |
| <p>O principal objetivo definido prende-se com a prevenção de complicações musculoarticulares, nomeadamente a manutenção das amplitudes articulares. Pretende-se igualmente contribuir para aumentar a força muscular, apesar dos fatores que estão a contribuir para esta processo, como seja a espasticidade e ombro doloroso.</p> <p>Considero igualmente nesta fase do processo de reabilitação que o Sr. H e a esposa demonstrem conhecimentos e habilidades para realizar os exercícios terapêuticos prescritos.</p> <p>Iniciar a reeducação da motricidade fina da mão através do ensino e exemplo dos exercícios.</p> | |
| Avaliação | |
| <p>Foi dado continuidade ao programa de reabilitação iniciado com este doente apresentando o doente uma força 3/5 nos segmentos músculo articulares do MSE e 4/5 nos segmentos musculo articulares do MIE, forças que se mantêm no dia 28/01.</p> <p>Recorreu-se à goniometria para avaliação das amplitudes articulares, tendo-se verificado 15 dias após os seguintes ganhos (ver apêndice I – quadro de amplitudes articulares): 10º para flexão escapulo umeral; 30º extensão escapulo umeral; 10º rotação interna; manteve amplitudes para abdução e adução; 5º para flexão do cotovelo e 30º para extensão do cotovelo; 5º para abdução coxofemoral.</p> <p>Tornou-se prioridade ao longo das sessões a intervenção nos segmentos do membro superior esquerdo.</p> <p>Apresenta igualmente ganhos em termos da motricidade grossa e final, nomeadamente em termos do conhecimento e cumprimento dos exercícios. Em 28.01 consegue segurar uma caneta, já folheia revistas e verifica-se claras melhorias na motricidade grossa.</p> | |

| Diagnostico – Espasticidade | |
|------------------------------------|---|
| Data | |
| 10/01/2014 | Espasticidade de grau 3 para flexão, abdução, rotação externa e interna da escapulo umeral |

| | |
|--|--|
| | esquerda e extensão do cotovelo esquerdo , relacionado com lesão a nível do trato cortico-espinhal e aumento da excitabilidade do arco reflexo. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Avaliação da espasticidade através da escala de Ashwork.</p> <p>Aplicação de frio a nível dos musculo agonistas e antagonistas da extensão do cotovelo e flexão e abdução da escapulo umeral antes das mobilizações.</p> <p>Mobilizações ativas assistidas nos segmentos músculo articulares do cotovelo e escapuloumeral, com maior incentivo nos movimentos que contrariam o padrão espástico.</p> <p>Atividades terapêuticas: Auto mobilizações</p> <p>Substituição do frio por aplicação de calor local para redução da espasticidade e melhorar as mobilizações.</p> <p>Prescrição de calor com saco de água quente 3 x dia antes da realização dos exercícios prescritos.</p> | |
| Objetivo | |
| Reduzir e prevenir o agravamento da espasticidade já instalada. | |
| Avaliação | |
| <p>Iniciou-se o programa com um avaliação do tônus muscular, tendo-se ao longo das sessões dada maior relevância aos segmentos musculo articulares do membro superior. Não se verificou agravamento da espasticidade instalada tendo-se registado ganhos em termos da extensão dos dedos com espasticidade a passar para grau 1 e cotovelo com espasticidade a passar para grau 2. Este foi um aspeto que contribui para os ganhos em termos de amplitude articular.</p> <p>Recorreu-se à crioterapia (10min) em duas sessões, no entanto com resultados negativos por aparente exacerbação da espasticidade, pelo que, se iniciou aplicação de calor com melhores resultados a nível da dor dos músculos supra e infra espinhal..</p> <p>O Sr. H tem conhecimento e capacidade para cumprir os exercícios prescritos.</p> | |

| Diagnostico – Deambular | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | <p>Alteração no deambular, relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por marcha com rotação externa coxofemural, flexão do joelho diminuída, inadequada colocação do pé e rotação do tronco.</p> <p>Alteração no deambular em escadas, relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por adoção de técnica de subir escadas desadequada com aumento do risco de complicações.</p> |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Avaliação da marcha e correção de defeitos de marcha e posturais.</p> <p>Treino de marcha assistida.</p> <p>Exercícios de correção postural com espelho na posição ortostática e marcha.</p> | |

| | |
|---|--|
| Avaliação da marcha em escadas | |
| Ensino sobre marcha em escadas ao doente e esposa | |
| Ensino à esposa sobre como assistir na marcha em escadas. | |
| Alerta-se para os riscos e perigos da marcha em escada. | |
| Treino de marcha em escada com assistência. | |
| Treino de marcha na via pública. | |
| Alerta-se para a importância de identificar os perigos e obstáculos na via pública. | |
| Objetivo | |
| Dar continuidade ao treino de marcha assistida já iniciado e introduzir gradualmente a marcha em escadas e na via pública. | |
| Capacitar a pessoa para identificar os limites e riscos associados à marcha. | |
| Avaliação | |
| Iniciou-se o programa a este doente com treino de marcha assistida com recurso a tripé. Em 28.01 o doente deambula sem recurso a tripé na habitação. Mantém marcha hemiparética. | |
| Apresentou-se no dia 16.01 conhecimentos e uma marcha desadequada em escadas (costuma subir e descer as escadas com os bombeiros) que potencia o risco de queda e complicações. Iniciou-se a partir dessa data treino de marcha em escadas, apresentando em 28.01 independência modificada (MIF passa de 3 para 6), pois, sobre e desce escadas com recurso a corrimão. | |
| Face aos progressos iniciou-se treino de marcha na via pública com recurso a tripé, bem como a identificação de potenciais riscos. | |
| Não se verificaram novos episódios de queda. | |

| Diagnostico – Correção postural | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | Alteração postural , relacionado com hemiparesia, manifestado depressão da escápulo umeral e flexão do tronco quando sentado, rotação e flexão lateral esquerda do tronco na marcha. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Avaliação e correção de defeitos posturais. | |
| Correção postural com recurso a espelho na posição de sentado, conjugado por exercícios de automobilização e elevação dos ombros. | |
| Correção postural com recurso a espelho na posição ortostática. | |
| Correção postural na marcha com recurso a espelho. | |
| Gestão do ambiente físico, nomeadamente apoio do cotovelo quando sentado no sofá. | |

| | |
|--|--|
| Ensinar a esposa para estar alerta e indicar ao doente para corrigir defeitos posturais. | |
| Objetivo | |
| Identificar e corrigir defeitos posturais | |
| Avaliação | |
| Apesar dos ensinamentos, dos exercícios realizados e do doente ter conhecimentos sobre os defeitos posturais e como corrigi-los, apenas se verificou uma melhoria da depressão da escápulo umeral. Foi necessário reforçar os ensinamentos a este nível, pois a título de exemplo mantêm-se a não usar apoio de cotovelo quando sentado no sofá. | |

| Diagnostico – Equilíbrio Corporal | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | Alteração do equilíbrio , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por desequilíbrio na marcha. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Realização de atividades terapêuticas Prescrição de atividades terapêuticas 3 x dias com repetições de 10 x para cada movimento: Automobilizações, ponte, rotação controlada da anca e rolar. Treino de marcha assistida Treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática e na marchar. Exercícios assistidos com apoio de cadeira de flexão do tronco, flexão dos joelhos alternados e agachamentos. | |
| Objetivo | |
| Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico na marcha sem dispositivo de ajuda. | |
| Avaliação | |
| No dia 16.01 doente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na marcha, conseguindo compensar os desequilíbrios provocados. Verificou-se igualmente a presença de equilíbrio estático e dinâmico quando se iniciou marcha na via pública. | |

| Diagnostico – Auto-cuidado Vestir | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | Dependência em grau reduzido para o auto-cuidado vestir , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestador por necessidade de apoio para vestir calças e sapatos |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Supervisionar o autocuidado no sentido de avaliar dificuldades e necessidade de reforço de ensinamentos. Incentivar a esposa a promover a autonomia do Sr. Helder, incentivando a colaboração do mesmo para as AVDs. | |

| |
|--|
| Ensinar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o vestir e calçar os sapatos. |
| Objetivo |
| Face ao programa de reabilitação já implementado, o principal objetivo que se coloca passa pela supervisão do auto-cuidado no sentido de identificar dificuldades tanto no doente como no cuidador. |
| Avaliação |
| A dificuldade que permanece ao nível deste auto-cuidado prende-se com o calçar o pé esquerdo, com necessidade de apoio pelo cuidador. Apesar de conseguir vestir a metade superior e inferior do corpo recorre com frequência ao apoio da cuidadora, o que implicou a intervenção junto da cuidadora para promover a autonomia do doente. |

| Diagnostico – Auto Cuidado Higiene | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | Dependência em grau reduzido para o auto-cuidado vestir , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestador por necessidade de apoio para vestir calças e sapatos |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Supervisionar o autocuidado no sentido de avaliar dificuldades e necessidade de reforço de ensinios. Incentivar a esposa a promover a autonomia do Sr. Helder, incentivando a colaboração do mesmo para as AVDs. | |
| Objetivo | |
| Face ao programa de reabilitação já implementado, o principal objetivo que se coloca passa pela supervisão do auto-cuidado no sentido de identificar dificuldades tanto no doente como no cuidador. | |
| Avaliação | |
| Em 28.01 o doente apresenta independente para a satisfação deste auto-cuidado. Apresenta uma MIF de 6 para o banho e 7 para higiene pessoal. | |

4. Apreciação sobre a transição:

Natureza da transição

Transição saúde doença

Transição situacional

Padrão de transição

Face às vivências verificadas, considero que o padrão de transição se mantém múltiplas e simultâneas.

Propriedades de transição

A este nível o Sr. H aparenta ter consciência da transição que vivência, no entanto parece-me mais centrado na transição saúde doença, levantando-se aqui a questão se por estar já “adaptado ao domicílio”.

Verificou-se um claro compromisso para com as transições com uma postura ativa de procura de informação e de cumprimento e colaboração no programa de reabilitação.

A mudança é algo que penso que pode ser trabalho, isto relacionado com o facto de o doente poder não ter capacidade para realizar certas atividades como seja conduzir.

Tem igualmente consciente que este processo de transição se mantém no tempo.

Condições da transição facilitadoras:

O doente destaca como facilitador em toda a saída do hospital, o apoio da esposa e o acompanhamento pela UCC. Destaca também a sua força de vontade.

Condições da transição Inibidoras:

O período em que esteve internado.

Indicadores de processo

Este foi um aspeto bastante visível em todo o processo. O doente sentiu-se ligado sobretudo à esposa e filho, mas também a outros amigos. Deslocou-se a casa de familiares no Alentejo durante um fim de semana. Verificou-se também uma ligação aos profissionais de saúde cuja interação tem sido uma peça fundamental em todo este processo. O doente aparenta e refere que se sente situado em relação à alterações imposta, tendo consciência das limitações que as mesmas provocam. O desenvolvimento de confiança e coping foi visível nas várias tentativas do doente em dar um passo à frente no processo de reabilitação, dar continuidade aos ganhos obtidos, não procurando uma atitude passividade.

Indicadores de resultado

Os indicadores de resultados assumem aqui sobretudo os objetivos em termos do programa de reabilitação que de certo modo abrangem os objetivos referidos pelo doente que são: recuperar o movimento do braço; fazer as suas coisas de forma independente.

Apêndices

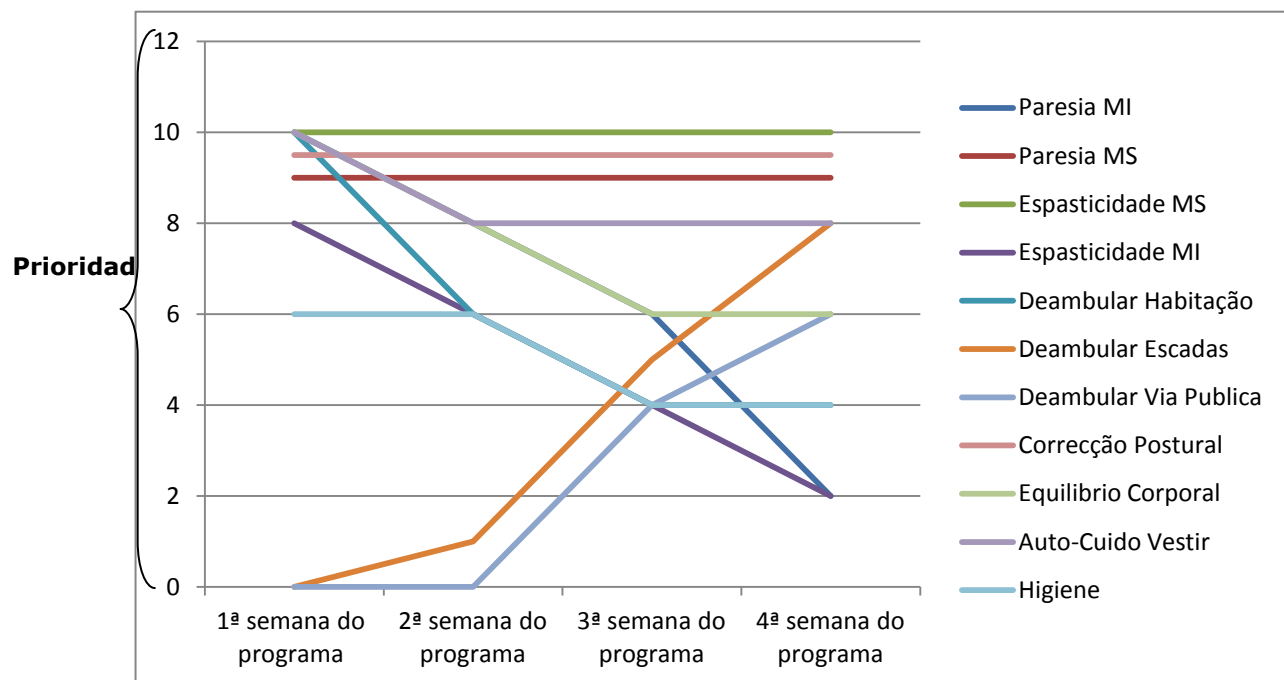
Apêndice I – Variação dos limites e amplitude articular nos segmentos do hemicorpo esquerdo (com recurso a goniómetro)

| Movimento | Limites e amplitudes normais de referência | Limites e amplitudes do doente (13.01.2014) | Limites e amplitudes do doente (28.01.2014) | Ganhos |
|--|---|--|--|----------------------------|
| Flexão-extensão escapuloumeral | 10°-240° | 100°-160° | 90°-190° | 10° Flexão 30° Extensão |
| Adução-abdução escapuloumeral | 10°-180° | 110°-180° | 110°-180° | Amplitudes mantidas |
| Rotação externa e interna escapuloumeral | 0°-170° | 60°-120° | 60°-130° | 10° Rotação interna |
| Flexão-extensão cotovelo | 30°-180° | 60°-130° | 55°-160° | 5° Flexão 30° Extensão |
| Flexão extensão coxofemural | 50°-170° (com flexão do joelho) | 50°-170° (com flexão do joelho) | 50°-170° (com flexão do joelho) | Amplitudes mantidas |
| Adução abdução coxo femural | 135°-195° | 150°-185° | 150°-190° | 5° Adução |
| Flexão extensão joelho | 45°-180° | 45°-170° | 45°-170° | Amplitudes mantidas |

Apêndice II – Variação das avaliações da MIF

| MIF | 16/12/2013 | 10/01/2014 | 28/01/2014 |
|--|------------|------------|------------|
| A – Alimentar-se | 6 | 6 | 7 |
| B – Higiene pessoal | 5 | 5 | 7 |
| C – Banho | 4 | 5 | 6 |
| D – Vestir a metade superior do corpo | 4 | 5 | 5 |
| E - Vestir a metade inferior do corpo | 4 | 5 | 5 |
| F – Uso do sanitário | 6 | 6 | 7 |
| G – Controlo da urina | 6 | 7 | 7 |
| H – Controlo das fezes | 6 | 7 | 7 |
| I – Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas | 6 | 6 | 7 |
| J – Transferência sanitário | 6 | 6 | 7 |
| K – Transferência banho ou chuveiro | 6 | 6 | 7 |
| L – Locomoção | 5 | 6 | 7 |
| M – Locomoção escadas | 3 | 3 | 6 |
| N – Compreensão | 7 | 7 | 7 |
| O – Expressão | 7 | 7 | 7 |
| P – Interação social | 7 | 7 | 7 |
| Q – Resolução de problemas | 6 | 7 | 7 |
| R – Memória | 7 | 7 | 7 |
| TOTAL | 101 | 108 | 120 |

Apêndice III – Gestão de prioridades nas intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo das semanas.



Com este gráfico pretendo tentar demonstrar as prioridades de intervenção ao longo das semanas em função dos diagnósticos identificados. Assim defini no eixo vertical a prioridade da intervenção em que 0 representa nenhuma prioridade e 10 prioridade máxima. Não quero dizer que, diagnósticos que representam por exemplo à quarta semana uma prioridade mais baixa deixem de ser alvo de intervenção ou avaliação, mas sim, no programa implementado em cada visita representam uma prioridade de intervenção mais baixa, sobretudo, associado aos ganhos que foram sendo obtidos.

Apêndice IV – Plano de Cuidado do Sr. M

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Ensino Clínico – UCC a Outra Margem

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Sr. M

João Pedro Figueiredo Domingos – 4690

Docente:

Prof^a. Dr.^a Vanda Marques Pinto

Orientador:

Enf^a MJL

Almada, 28 Janeiro de 2014

Sumário

| | <u>Pag.</u> |
|---------------------------------|--------------------|
| Introdução | 3 |
| 5. Apresentação do Sr. M | 4 |
| 6. Avaliação do Sr. M | 6 |
| 7. Plano de cuidados | 13 |

Apêndice

Apêndice I – Variação das avaliações da MIF

Apêndice II – Gestão de prioridades nas intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo das semanas.

Introdução

O presente plano de cuidados visa documentar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao Sr. M. Trata-se de um senhor que foi admitido na UCC após internamento hospitalar devido a AVC.

Em termos de organização, é exposto numa primeira fase a apresentação do Sr. M e respetiva avaliação inicial, à qual se segue o plano de cuidados definido para o doente em função dos principais problemas de enfermagem de reabilitação identificados. No final é apresentado uma apreciação do processo de transição relativo a este doente.

5. Apresentação do Sr. M

O Sr. M de 73 anos, residente em Charneca da Caparica com a esposa encontra-se atualmente aposentado. É marceneiro de profissão, tendo trabalhado por conta própria. Tem igualmente um gosto demonstrado pela agricultura.

Antecedentes pessoais:

Apresenta como antecedentes pessoais, HTA, DM II, dislipidémia, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo, litíase renal e prostatectomia.

História sócio-familiar:

O senhor H reside com a esposa sendo esta o cuidador informal primário. Destaca-se que a esposa tem como antecedentes doença de Parkinson que lhe confere algumas dificuldades, sobretudo em termos de controlo de ansiedade. Ambos têm duas filhas, sendo uma delas mais presente, segundo o doente por ter mais disponibilidade por estar desempregada. Esta filha faz visitas regulares no sentido de dar apoio aos pais.

Segundo a filha o Sr. M representa o patriarca da família, sendo bastante controlador, sobretudo no que toca à esposa, manifestando alguma preocupação em termos de agressividade sobre a mãe.

Verifica-se igualmente uma grande dependência do doente em relação à esposa, manifestado pela necessidade constante em pedir apoio para atividades que consegue fazer por si próprio. Por outro lado, a postura da esposa em relação a este aspeto é a de dar uma resposta antecipada às necessidades do doente, como seja, à mínima dificuldade em vestir, a esposa está pronta a ajudar, a simples queda de um pente da mão leva a esposa a procurar apanhar o pente para devolver ao doente.

Condições habitacionais.

Em termos habitacionais, o doente e a esposa residem na Sobreda, a cerca de 5 km da UCC. Residem numa vivenda constituída por dois pisos. O piso térreo é constituído

pela garagem e oficina do doente, onde este exercia a sua atividade profissional. Todo este piso é térreo, sem aparentes barreiras arquitetónicas. O primeiro andar corresponde à zona habitacional, tendo um acesso constituído por cerca de 20 escadas com corrimão. A casa é constituída por 2 quartos, sala, cozinha e wc.

Situação atual de doença

O Sr. M recorre ao hospital da área de residência por hemiparesia direita e confusão. É internado com o diagnóstico de AVC isquémico da artéria cerebral posterior direita, sendo submetido a trombólise, verificando-se transformação hemorrágica.

Ainda segundo os dados fornecidos, o doente apresentou-se durante o internamento, vígil, desorientado, hemianopsia esquerda, disartria, paresia facial e hemiparesia esquerda com forma 4/5 no membro superior e inferior.

Diagnostico Clinico

AVC isquémico da artéria cerebral posterior direita com transformação hemorrágica.

História dos cuidados até dia 10/01/2014

O Sr. M iniciou seguimento pela UCC em 10.01.2014 com visitas diárias numa fase inicial, tendo posteriormente passado a visitas às 3ª e 5ª feira. Tem programada fisioterapia às 2ª, 4ª e 6ª feira no HGO.

Aspetos a salientar até ao momento com relevância para os cuidados:

Relação entre o Sr. M e esposa

Existência de cuidador informal primário (esposa) e secundário (filha)

Doença de Parkinson da Esposa

Clara dependência do Sr. M para com a esposa para realizar atividades que consegue fazer de forma independente

1. Avaliação do Sr. M 10.01.2014

Estado de consciência:

O Sr. M apresenta-se vígil, com abertura espontânea dos olhos, com discurso desorientado por períodos e obedece a ordens. Apresenta um score de 14 segundo a escala de Glasgow.

Segundo a esposa apresenta períodos de confusão e discurso incoerente, sobretudo noturno. “Vai lá levar uma botija de água às miúdas (filhas) que elas estão com frio” (sic, esposa).

Orientação:

Orientado em termos auto e alopsíquico (no momento da primeira avaliação). Responde de forma correta em relação ao ano e mês, não sabendo o dia. Sabe onde se encontra e que regressou recentemente do hospital. Indicou corretamente o nome, a profissão e naturalidade.

Atenção:

Durante o diálogo manteve o foco de atenção no discurso que estávamos a realizar, mantendo igualmente a atenção para os discursos cruzados que se iam gerando (esposa e filha).

Não foi testada a concentração.

Memória:

Apresenta uma memória imediata e memória recente a curto e longo prazo conservada.

Linguagem:

Em termos de linguagem, verifica-se um discurso espontâneo sem aparentes alterações na compreensão e nomeação.

Em termos de leitura lê frases simples e números (necessita de óculos de correção).

A escrita foi testada mais tarde, verificando-se que o doente consegue escrever o seu nome sendo a caligrafia semelhante aquela que apresentava antes do AVC. Verifica-

se alteração a nível da capacidade de escrever ao longo de uma linha. (Não aparenta tratar-se de disgrafia, pois, a lesão não corresponde ao hemisfério esquerdo)

Pares cranianos: (10/01/2014)

I Olfativo – Não avaliado

II Optico – Sem alterações. Faz uso de óculos.

III Motor ocular comum - Sem alterações. Pupilas isocóricas, isosimétricas e isoreativas.

IV Patético – Sem alterações

V Trigémio – Sem alterações

VI Motor ocular externo – Sem alterações

VII Facial – Sem assimetrias faciais ou outras alterações.

VIII Vestíbulo coclear – Prova dedo nariz à direita sem alterações. Apresenta desequilíbrio na marcha (causa de hemiparesia)

IX Glossofaringio – Não avaliado

X Vago – Tosse e deglutição eficaz para todas as consistências de alimentos

XI Espinhal – Força de grau 5

XII Grande hipogloso – Protusão da língua sem alterações e sem desvio.

Força Muscular: (segundo a escala de Lower)

| Segmentos | Movimentos | Força - Hemicorpo direito | Força - Hemicorpo esquerdo |
|------------------|----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Cabeça e pescoço | Flexão | 5 | |
| | Extensão | 5 | |
| | Flexão lateral | 5 | |
| | Rotação | 5 | |
| | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |

| | | | |
|-----------------|----------------------|---|---|
| Escapulo-umeral | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |
| | Rotação interna | 5 | 4 |
| | Rotação externa | 5 | 4 |
| Cotovelo | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| Antebraço | Pronação | 5 | 4 |
| | Supinação | 5 | 4 |
| Punho | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Desvio radial | 5 | 4 |
| | Desvio cubital | 5 | 4 |
| | Circundação | 5 | 4 |
| Dedos mão | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |
| | Circundação | 5 | 4 |
| | Oponência do polegar | 5 | 4 |
| Tronco | Flexão lateral | 5 | 4 |
| Coxo Femural | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |
| | Rotação interna | 5 | 4 |
| | Rotação externa | 5 | 4 |
| Joelho | Flexão | 5 | 4 |

| | | | |
|--------------|----------------|---|---|
| | Extensão | 5 | 4 |
| Tibiotársica | Flexão plantar | 5 | 4 |
| | Flexão dorsal | 5 | 4 |
| | Inversão | 5 | 4 |
| | Eversão | 5 | 4 |
| Dedos pé | Flexão | 5 | 4 |
| | Extensão | 5 | 4 |
| | Adução | 5 | 4 |
| | Abdução | 5 | 4 |

Não se verificam alterações a nível da motricidade grossa e fina. Faz a preensão sem alterações, consegue segurar e fazer a preensão de pequenos objetos. Consegue folhear.

Postura corporal:

Sem aparentes assimetrias ou defeitos posturais.

Amplitude articular hemicorpo esquerdo: (com recurso a goniómetro)

| Movimento | Limites e amplitudes normais de referência | Limites e amplitudes do doente |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | 13.01.2014 |
| Flexão-extensão escapuloumeral | 10º-240º | 10º-190 |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Adução-abdução escapuloumeral | 10°-180° | 50°-180° |
| Rotação externa e interna escapuloumeral | 0°-170° | 10°-170° |
| Flexão-extensão cotovelo | 30°-180° | 30°-180° |
| Flexão extensão coxofemoral | 50°-170° (com flexão do joelho) | 50°-170° (com flexão do joelho) |
| Adução abdução coxo femural | 135°-195° | 140°-180° |
| Flexão extensão joelho | 45°-180° | 45°-170° |
| | | |

Tonús Muscular: (segundo a escala de Ashworth modificada)

| Segmentos | Movimentos | Hipertonicidade Ashworth modificada | | Hipotonia | |
|------------------|-----------------|---|---------|-----------|---------|
| | | Esquerda | Direita | Esquerda | Direita |
| Cabeça e pescoço | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Flexão lateral | 0 | | | |
| | Rotação | 0 | | | |
| Escapulo-umeral | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Adução | 0 | | | |
| | Abdução | 0 | | | |
| | Rotação interna | 0 | | | |
| | Rotação externa | 0 | | | |

| | | | | | |
|--------------|----------------------|---|--|--|--|
| Cotovelo | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| Antebraço | Pronação | 0 | | | |
| | Supinação | 0 | | | |
| Punho | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Desvio radial | 0 | | | |
| | Desvio cubital | 0 | | | |
| | Circundação | 0 | | | |
| Dedos mão | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Adução | 0 | | | |
| | Abdução | 0 | | | |
| | Circundação | 0 | | | |
| | Oponência do polegar | 0 | | | |
| Tronco | Flexão lateral | 0 | | | |
| Coxo Femural | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| | Adução | 0 | | | |
| | Abdução | 0 | | | |
| | Rotação interna | 0 | | | |
| | Rotação externa | 0 | | | |
| Joelho | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |
| Tibiotársica | Flexão plantar | 0 | | | |
| | Flexão dorsal | 0 | | | |
| | Inversão | 0 | | | |

| | | | | | |
|----------|----------|---|--|--|--|
| | Eversão | 0 | | | |
| Dedos pé | Flexão | 0 | | | |
| | Extensão | 0 | | | |

Deglutição:

Sem alterações, deglute todas as consistências de alimentos.

Não apresenta todas as peças dentárias e não faz uso de prótese.

Na primeira visita encontrava-se a almoçar de forma independente.

Função Respiratória:

Avaliação subjetiva:

Sem dispneia, secreções, toracalgias ou outros sintomas.

Avaliação Objetiva:

Em termos estático apresenta toráx sem alterações

A nível dinâmico, frequência respiratória de 18crpm, padrão respiratório de predomínio torácico, com respiração simétrica e regulares

A auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares. Sem ruídos adventícios.

Tosse eficaz.

Sem antecedentes pessoais relevantes a este nível

Tegumento:

Solução de continuidade na face anterior da perna esquerda com tecido fibrinoso. Verifica-se poder-se tratar de eventual úlcera de pressão causada por posição viciosa ao cruzar a perna direita sobre a perna esquerda quando deitado.

Eliminação vesical e intestinal

Apresenta continência vesical e intestinal. Não faz uso de fralda. Tem no quarto um jarro que faz as funções de urinol e uma sanita de campismo.

Em termos de eliminação vesical apresenta um padrão caracterizado por micções curtas, com sensação de plenitude, necessitando de urinar em posição ortostática (situação verificada após prostatectomia). Apresenta nocturia, com várias micções sendo um aspeto que preocupa a esposa e filha, pois, face à confusão verifica-se um maior risco de queda.

Sem sinais de retenção urinária.

Em termos de eliminação intestinal destaca-se padrão irregular, não tendo dejeções à dois dias. Segundo a esposa trata-se de uma situação já anterior resolvida em regra com laxantes (lactulose). Apresenta abdómen mole e indolor.

Auto-cuidados: (Avaliação recorrendo à MIF)

| MIF | 10/01/2014 | Caracterização |
|---|-------------------|---|
| A – Alimentar-se | 7 | Alimenta-se forma independente, com uma correta utilização dos instrumentos de alimentação. Mastiga os alimentos e deglute todas as consistências. |
| B – Higiene pessoal | 2 | Esta atividade é realizada pela esposa na sua quase totalidade (sic). Doente apresente capacidade para uma maior colaboração |
| C – Banho | 2 | Esta atividade é realizada pela esposa na sua quase totalidade (sic). Doente apresente capacidade para uma maior colaboração. Encontra-se a aguarda apoio domiciliário para o banho |
| D – Vestir a metade superior do corpo | 2 | Esta atividade é realizada com apoio da esposa. O doente apenas puxa as mangas da camisola e coloca os braços em posição para a esposa o vestir. Doente apresente capacidade para uma maior colaboração |
| E - Vestir a metade inferior do corpo | 1 | Não consegue colocar as calças, mas colabora a puxar quando estas se encontram ao nível da coxa. |
| F – Uso do sanitário | 2 | Baixa e puxa as calças até à coxa para usar o urinol. Fá-lo com supervisão da esposa. |
| G – Controlo da urina | 5 | Tem continência urinária, mas faz uso de urinol e necessita de supervisão pelo risco de acidente. |
| H – Controlo das fezes | 6 | Faz uso da sanita de campismo e laxantes artificiais |
| I – Transferência leito, cadeira, cadeira de | 4 | Tem dificuldade em elevar o tronco para a posição de sentado e fazer o impulso para a posição ortostática |

| | | |
|--|----|---|
| rodas | | |
| J – Transferência sanitário | 4 | Não foi verificado, tendo-se como base de comparação a atividade anterior. |
| K – Transferência banho ou chuveiro | 1 | Faz higiene na cama. |
| L – Locomoção | 4 | Faz uso de andarilho e necessita de alguém para supervisionar face ao risco de segurança. |
| M – Locomoção escadas | 1 | Apresenta dificuldades na locomoção em casa. Não foi observado. |
| N – Compreensão | 5 | Entende orientações básicas, no entanto com necessidade de repetição ou exemplificação com gestos e observação. |
| O – Expressão | 6 | Exprime ideias, no entanto faz pausas no discurso. |
| P – Interação social | 4 | Pelo discurso da filha pode interagir de forma inadequada em determinadas situações, sobretudo, quando incentivam a sua participação nas AVDs. Necessita de um claro incentivo para iniciar a participação em algo. |
| Q – Resolução de problemas | 1 | Não resolver problemas |
| R – Memória | 4 | Reconhece e lembra as situações vividas. |
| TOTAL | 63 | 3.5 – Doente em dependência modera com necessidade assistência moderada ou contacto mínimo. |

Legenda:

- 1 – Ajuda total
- 2 – Ajuda máxima
- 3 – Ajuda moderada
- 4 – Ajuda mínima
- 5 – Supervisão
- 6 – Independência modificada
- 7- Independência completa

Segurança do doente e cuidador

A avaliação realizada permitiu identificados os seguintes aspetos que podem colocar em causa a segurança do doente e cuidador:

- Chão da habitação em azulejo vidrado que, com a humidade se pode tornar escorregadio;
- Pavimento do exterior da habitação em mármore com vestígios de verdete que com humidade e/ou chuva pode condicionar um aumento do risco de queda.
- Primeiro degrau das escadas com altura diferente dos restantes podendo condicionar desequilíbrio.
- Temperatura fria da habitação levando a que o doente passe grande parte do tempo na cama.
- Noctúria com necessidade de urinar na posição ortostática com risco de queda associado.
- Incorreta regulação e utilização do andarilho.
- Eventual agressividade do doente para com os que o rodeiam
- Défice de luminosidade junto da cama quando necessita de realizar transferência durante a noite.

Apresenta um score de 75 segundo a escala de Morse, o que confere um risco elevado de queda.

1. Plano de cuidados

Face à avaliação acima realizada, identificam-se como principais diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação:

| Diagnostico – Adaptação | |
|---|---|
| Data | |
| 10.01.2013 | Adaptação ineficaz , relacionado com um novo estado de saúde, manifestador por respostas inadequadas. |
| 31/01/2014 | Adaptação ineficaz , relacionado com o estado de saúde, manifestador por respostas inadequadas e discurso sugestivo de pensamento delirante. “ <i>elas querem fazer de mim maluco</i> ” (sic) [associado ao pedido para internamento em unidade de reabilitação que foi recusado]; “ <i>a minha mulher anda metida com o vizinho da frente (...) levanta-se durante a noite para ir espreitar à janela (...) ela sai à rua e ele fica a observá-la (...) ele vem ao portão perguntar-lhe como eu estou, porque é que não me pergunta a mim?</i> ” (sic). Apresenta discurso agressivo para com a esposa. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Explicar ao doente a importância do programa e atividades implementadas.</p> <p>Incentivar o doente a colaborar nos autocuidados.</p> <p>Motivar o doente através dos ganhos alcançados.</p> <p>Mediar conflitos que podem surgir relacionados com atitude passiva do doente e postura de insistência por parte da esposa para realizar as atividades.</p> <p>Incentivar o envolvimento familiar no sentido de promover uma maior motivação.</p> <p>Face ao verificado em 31/01 intervir junto da filha para validar e esclarecer a situação, sugerindo medidas que permitam uma maior vigilância da situação, como seja visitas mais regulares e se possível passar a noite em casa dos pais.</p> | |

| Objetivo | |
|--|--|
| Este é um dos aspeto fundamentais no programa de reabilitação deste doente, sendo um objetivo presente em todas as sessões, a motivação e o incentivo junto do doente. | |
| Avaliação | |
| <p>Doente inicialmente com uma postura passiva perante as iniciativas e intervenções realizadas. Apresenta discurso negativista e reconhece estar muito ansioso.</p> <p>No dia 16/01 senti alguns ganhos a este nível pois o doente iniciou por si próprio os exercícios. No dia 21/01 ao contrário dos restantes dias em que ficava sentado ou ia para a acama, veio à varanda despedir-se.</p> <p>Face aos ganhos obtidos, a ansiedade e medo da esposa verificado inicialmente foi reduzindo, algo que penso terá igualmente contribuído em todo este processo.</p> <p>Em 31/01 verificou-se a situação acima descrita com claros riscos para a integridade do doente e dos que o rodeiam. Apresentava-se vígil e aparentemente orientado, no entanto com discursos sugestivo de pensamento delirante. Perante isto, foi necessário contactar telefonicamente a filha no sentido de validar e expor a situação. A filha já se apercebeu da situação e apresenta-se assusta, tendo dado conhecimento à médica de família que iria rever a medicação do doente (médica de família faltou hoje à visita domiciliária planeada). Sugeriu-se visitas a casa dos pais com maior regularidade e se possível passar a noite junto dos mesmos.</p> | |

| Diagnostico – Parésia | |
|---|---|
| Data | |
| 10.01.2013 | Alteração do tonús muscular relacionado com lesão do neurónio cortico medular no hemisfério direito manifestado por força de grau 4/5 em todos os segmentos músculo articulares do hemicorpo esquerdo. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Avaliação da força segundo a escala de Lower no início da sessão. | |

| |
|--|
| <p>Avaliação da amplitude articular recorrendo a goniómetro e respetiva reavaliação</p> <p>Face à força muscular que o doente apresenta dá-se privilégio as mobilizações muscular articulares ativas e ativas resistidas.</p> <p>Ensino ao doente e esposa sobre os exercícios de mobilização ativa que podem realizar ao longo do dia.</p> <p>Quando o doente demonstrar conhecimento sobre os exercícios, prescrever os mesmos 3 x dias com repetições de 10 movimentos.</p> <p>Realização de atividades terapêuticas: Ponte, rotação controlada da anca, rolar e auto-mobilizações. Face às dificuldades verificadas na transferência privilegiar o rolar, rotação controlada da anca e ponte. Incentivar o doente a repetir os exercícios, várias vezes ao dia.</p> <p>Validar o cumprimento dos exercícios prescritos em todas as sessões.</p> <p>Ensinar o doente e esposa sobre posicionamento e intervenções que previnam complicações como seja o ombro doloroso.</p> |
| Objetivo |
| <p>Diagnóstico cujo objetivo se centra na prevenção de complicações e reeducação funcional.</p> <p>Constitui um objetivo a curto prazo que o doente demonstre conhecimentos sobre os exercícios de mobilizações ativas e atividades terapêuticas, no sentido de implementar ao longo do dia.</p> <p>Por outro lado pretende-se prevenir complicações músculo articulares e aumentar a força músculos nos segmentos músculo articulares do hemitórax esquerdo.</p> |
| Avaliação |
| <p>As intervenções realizadas para dar resposta aos objetivos definidos foram implementadas no início das sessões iniciais com mobilizações muscular articulares ativas, ativas resistidas e atividades terapêuticas. Destaca-se a rápida demonstração de conhecimentos sobre as mobilizações e atividades terapêuticas. O doente tinha em casa uma “cana” (fornecida por um familiar) com a qual realizava as auto-mobilizações.</p> <p>Segundo a esposa, o doente é pouco cumpridor dos exercícios prescritos.</p> <p>Em 28/01 doente apresenta força de grau 5/5 em todos os segmentos músculo articulares</p> |

do hemicorpo esquerdo à exceção dos segmentos da mão.

Face aos ganhos verificados, foi dado maior valor a outras intervenções, ficando este diagnóstico com intervenções direcionadas para a avaliação e incentivo para a realização ao longo do dia.

| Diagnostico – Transferência | |
|--|---|
| Data 10.01.2013 | Transferência, dependência em grau reduzido , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestador por incapacidade fazer elevação do tronco e impulso para a posição ortostática. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Ensino e treino sobre técnica de transferência ao doente com rolar, colocação dos pés fora da cama e elevação progressiva do tronco com o braço.</p> <p>Ensino à esposa sobre como assistir na transferência</p> <p>Ensino sobre utilização do andador para ajudar no impulso para a posição ortostática numa fase inicial.</p> | |
| Objetivo | |
| <p>Realização de reeducação funcional de modo a que o doente se consiga transferir de forma independente.</p> <p>Esta foi uma das intervenções prioritárias, uma vez que era fundamental que o doente passasse menos tempo na cama.</p> | |
| Avaliação | |
| <p>O doente conseguiu dar resposta às dificuldades que se verificavam inicialmente, sendo que na segunda semana de visitas domiciliárias realizava a transferência de forma independente.</p> | |

| Diagnostico – Espasticidade |
|------------------------------------|
|------------------------------------|

| | |
|---|--|
| Data | |
| 10/01/2014 | Risco de espasticidade , relacionado com lesão a nível do trato cortico-espinhal e aumento da excitabilidade do arco reflexo. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Avaliação da espasticidade através da escala de Ashwork.</p> <p>Mobilizações ativas em todos os segmentos músculo articulares do hemicorpo esquerdo</p> <p>Atividades terapêuticas: Auto mobilizações, rotação controlada da anca.</p> <p>Ensino sobre posicionamento que previne o padrão espástico.</p> <p>Incentivar o doente a dormir e posicionar-se na cama em decúbito lateral esquerdo.</p> <p>Incentivar o doente a não permanecer na cama durante o dia.</p> | |
| Objetivo | |
| Os objetivos pretendidos com esta intervenção são de âmbito preventivo no sentido de evitar a instalação do padrão espástico. | |
| Avaliação | |
| <p>Tal como referido acima o doente rapidamente demonstrou conhecimento sobre as mobilizações ativas e as atividades terapêuticas.</p> <p>Cumpe o posicionamento em decúbito lateral esquerdo.</p> <p>Em 28/01 mantém uma Ashwork de 0 em todos os segmentos músculo articulares do hemicorpo esquerdo.</p> | |

| | |
|---|---|
| Diagnostico – Equilíbrio Corporal | |
| Data | |
| 10/01/2014 | Alteração do equilíbrio , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por desequilíbrio na marcha. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |

Prescrição de atividades terapêuticas 3 x dias com repetições de 10 x para cada movimento: Automobilizações, ponte, rotação controlada da anca e rolar.

Treino de marcha assistida

Treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática e na marchar.

Exercícios assistidos de flexão do tronco, flexão dos joelhos alternados e agachamentos.

Avaliação do risco de queda segundo a escala de Morse

Identificação de fatores de risco que podem aumentar o risco de queda devido à alteração do equilíbrio corporal.

Objetivo

Reeducação funcional de modo a melhorar o equilíbrio dinâmico na marcha

Avaliação

Rapidamente se verificou uma melhoria no equilíbrio na marcha no interior da habitação.

Dia 23/01 coloca-se um novo desafio a este nível face ao início de treino de marcha em escadas e no exterior da habitação.

Diagnostico – Deambular

| | |
|---|---|
| Data 10/01/2014 | Alteração no deambular , relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por desequilíbrio na marcha |
| 23/01/2014 | <p>Alteração no deambular em escadas, relacionado com a necessidade de treino de marcha em novos obstáculos.</p> <p>Alteração no deambular no exterior da habitação, relacionado com a necessidade de treino de marcha em novos obstáculos.</p> |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| | |

| | |
|--|--|
| <p>Avaliação da marcha e identificação de defeitos de marcha e posturais.</p> <p>Otimização do dispositivo de ajuda, com necessidade de regulação em altura do andarilho.</p> <p>Ensino sobre marcha com andarilho</p> <p>Ensino sobre identificação de perigos associados à marcha.</p> <p>Treino de marcha assistida sem auxiliar de marcha no interior da habitação.</p> <p>Avaliação, ensino e treino de marcha em escadas ao doente, filha e esposa.</p> <p>Treino de marcha no exterior da habitação</p> <p>Ensino sobre identificação de perigos associados à marcha em escadas e no exterior da habitação.</p> | |
| Objetivo | |
| <p>Realizar a reeducação funcional no sentido de otimizar a marcha do doente.</p> <p>Capacitar a pessoa para identificar os limites e riscos associados à marcha nos diferentes ambientes.</p> | |
| Avaliação | |
| <p>Verificou-se inicialmente que o doente deambulava com andarilho, estando este com uma incorreta regulação em altura e sendo utilizado de forma inadequada. Interveio-se a este nível e ensinou-se a utilizar corretamente o andarilho.</p> <p>Rapidamente passou-se para o treino de marcha assistida estando o doente ficado independente para a marcha no interior da habitação uma semana após o início do treino.</p> <p>Em 23/01 avaliou-se e iniciou-se treino de marcha em escada e no exterior da habitação. Doente apresenta uma marcha segura e correta em escada com apoio de corrimão e deambula de forma independente no exterior da habitação. Identifica e ultrapassa obstáculos que podem surgir.</p> | |

| Diagnostico – Auto-controlo: continência urinária | |
|--|--|
| Data | <p>Auto-controlo: continência urinária ineficaz, relacionado com alterações</p> |

| | |
|--|---|
| 10.01.2013 | prévias no pavimento pélvico intensificadas pela dependências para transferência e equilíbrio, manifestado por noctúria e risco de queda. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| <p>Ensino ao doente e esposa sobre gestão da ingestão de líquidos com cessação da ingesta de líquidos após as 18/19h (hora habitual de jantar).</p> <p>Ensino sobre planeamento da eliminação urinária com a necessidade de realizar uma micção antes de dormir.</p> <p>Solicitar para contar e registar o número de micções noturnas a partir da presente data.</p> <p>Em função dos resultados obtidos ponderar elaboração de folha para registo de balanço hídrico e outras intervenções.</p> | |
| Objetivo | |
| Apresentando o doente continência urinário, o principal objetivo será a redução do número de micções noturnas, de modo a evitar que o doente se levante tantas vezes durante a noite, minimizando o risco de queda. | |
| Avaliação | |
| <p>Segundo doente e esposa, verificou-se uma redução do número de micções noturnas.</p> <p>Esta situação deixou de ser um problema à medida que o doente foi ganhando independência.</p> | |

| Diagnostico – Autocuidados | |
|---|--|
| Data | |
| 10.01.2013 | Auto-cuidados: dependência em grau reduzido , relacionado com hemiparesia esquerda e pouca colaboração do doente, manifestado por não dar respostas às suas necessidades de auto-cuidado. |
| Intervenções de enfermagem de reabilitação | |
| Uma das principais intervenções centra-se na esposa do doente, uma vez que enquanto cuidadora a sua postura é de substituição do doente nas várias AVDs. Deste modo foi necessário ensinar à esposa a privilegiar a autonomia e independência do doente nas | |

várias AVDs. Outro dos aspetos trabalhados foi o tempo, no sentido de a esposa dar tempo ao doente para as suas necessidades sem intervir substituindo-o.

Em relação à alimentação a intervenção no ensino, foi no sentido do doente não fazer refeições na cama, mas sim à mesa juntamente com a esposa.

Em relação à alimentação foi igualmente trabalhado junto da esposa a quantidade de alimentos por refeição pois, segundo esta, uma maior quantidade de alimentos ingerido seria sinonimo de ganhos de força. Este era um aspeto que deixava o doente ansioso e irritável.

Em relação ao banho, face à resposta do apoio domiciliário, incentiva-se junto do doente, filha e esposa que o banho seja feito no WC, privilegiando-se a colaboração do doente.

Incentiva-se igualmente a colaboração na higiene pessoal como seja para afazer a barba.

Em relação ao vestir incentiva-se igualmente a colaboração do doente.

Ensino e treino sobre vestir pelo hemicorpo afetado e despir pelo hemicorpo são.

Em relação ao uso do sanitário mantém-se a utilização do urinol na fase inicial e durante a noite. Incentiva-se em função dos ganhos na marcha e equilíbrio a utilização do WC para eliminação vesical e intestinal.

Iniciou-se igualmente treino para gestão do regime terapêutico, nomeadamente avaliação da glicémia capilar.

Objetivo

Face deficits apresentadas os objetivos destas intervenções estão direcionadas para o incentivo e motivação do doente para a realização das AVDs, estando a componente de treino de AVDs associada se necessário.

O ensino ao cuidador informal primário sobre como promover a autonomia e independência

do doente é outra das prioridades.

Avaliação

No início do programa verificava-se duas situações: um doente que desvalorizava as suas capacidades, que procurava a ajuda da esposa perante a mínima dificuldade e, uma esposa que por si só antecipava as necessidades do doente, substituindo-o nas mesmas.

Após as várias intervenções verifica-se atualmente que o doente faz as suas refeições à mesa de forma independente. Dá resposta às necessidades de higiene pessoal, como seja fazer a barba com máquina e lavar a cara.

Consegue vestir e despir qualquer peça de roupa. Usa uma calcadeira para ajudar a calçar.

Faz uso do WC para dar resposta às necessidades de eliminação vesical e intestinal.

Segundo a informação da esposa colabora no banho apesar de pouco.

É atualmente capaz de avaliar a glicémia capilar e registar, apesar de necessitar de incentivo.

Apesar de tudo isto apresenta ainda a seguinte questão “será que vou ficar bom?”

A salientar que a ansiedade e medo da esposa em dar resposta as necessidades do marido é agora consideravelmente menor.

Diagnostico – Edifício Residencial

| Data | |
|-------------|--|
| 10.01.2013 | Edifício Residencial não adequado , relacionado com fatores que aumentam o risco de queda, lesões e temperatura ambiente. |

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Identificar objetos ou situações que podem aumentar o risco de queda ou lesão.

Alertar o doente e família para objetos ou situações que podem aumentar o risco de queda ou lesão, discutindo possíveis soluções ou forma de minimizar.

Discutir junto do doente, filha e esposa ações que possam minimizar a temperatura baixa,

como seja abertura das precianas para aquecimento através do sol. Utilização se possível de fontes de calor.

Sugerir o aumento da luminosidade junto à cama.

Em função dos ganhos estar atento a novos risco associados à implementação de novas intervenções, como seja marcha em escada ou intervenções no exterior.

Objetivo

O objetivo primordial destas intervenções centra-se em promover ações preventivas, nomeadamente em termos do risco de queda e em minimizar fatores que podem ser negativos para a reabilitação do doente, como seja a temperatura baixa da habitação.

Avaliação

Não se verificaram quedas ou outras leões ao longo do acompanhamento.

A utilização do aquecimento passou a ser mais frequente.

É utilizado um candeeiro com o objetivo de manter uma luz de presença noturna.

Apêndice

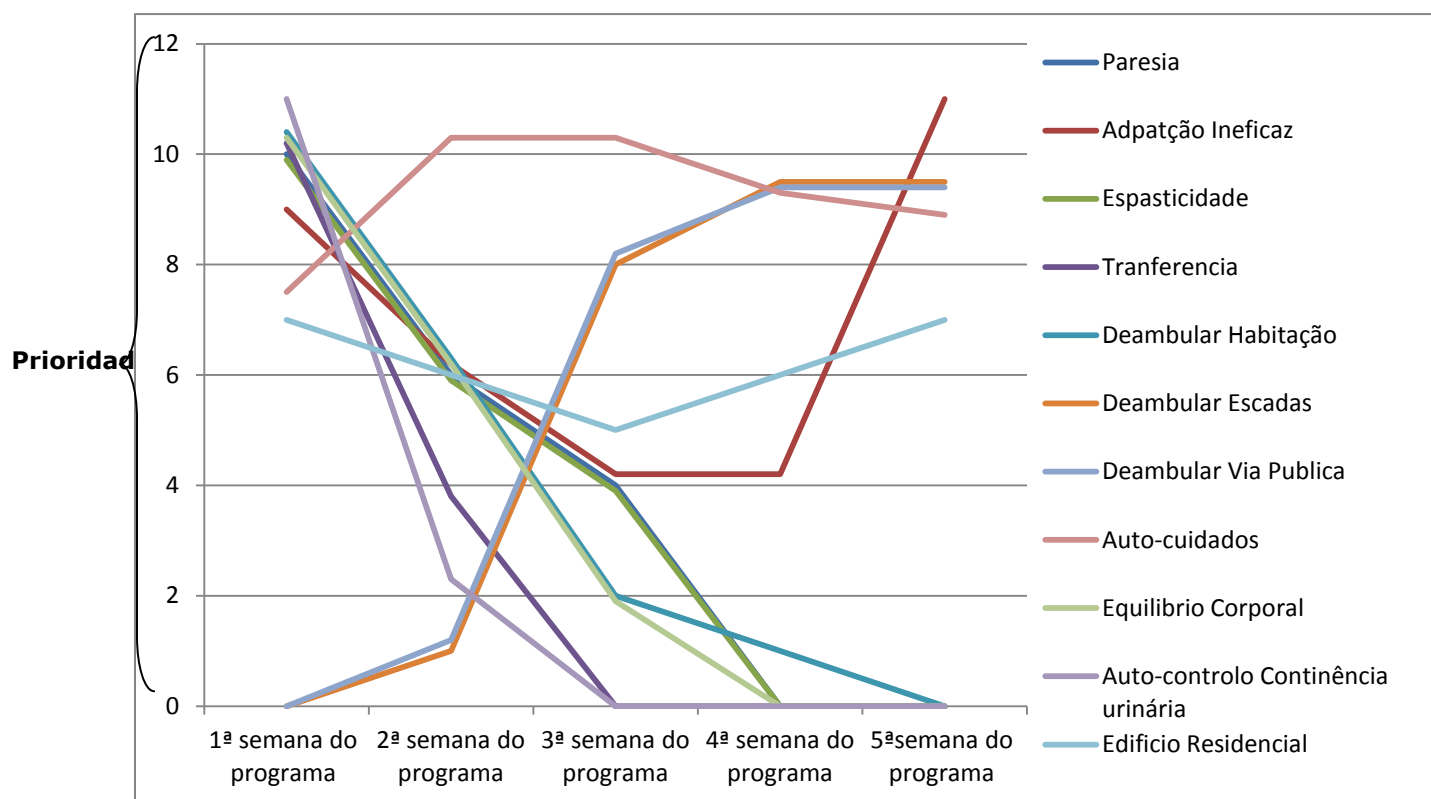
Apêndice I – Variação das avaliações da MIF

| MIF | 10/01/2014 | 23/01/2014 |
|---|-------------------|-------------------|
| A – Alimentar-se | 7 | 7 |
| B – Higiene pessoal | 2 | 7 |
| C – Banho | 2 | 6 |
| D – Vestir a metade superior do corpo | 2 | 7 |
| E - Vestir a metade inferior do corpo | 1 | 7 |
| F – Uso do sanitário | 2 | 7 |
| G – Controle da urina | 5 | 7 |
| H – Controle das fezes | 6 | 7 |
| I – Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas | 4 | 7 |
| J – Transferência sanitário | 4 | 7 |
| K – Transferência banho ou chuveiro | 1 | 6 |
| L – Locomoção | 4 | 7 |
| M – Locomoção escadas | 1 | 6 |
| N – Compreensão | 5 | 7 |
| O – Expressão | 6 | 7 |
| P – Interação social | 4 | 7 |
| Q – Resolução de problemas | 1 | 6 |
| R – Memória | 4 | 6 |
| TOTAL | 63 | 121 |

10/01/2014 - 3.5 – Doente em dependência moderada com necessidade assistência moderada ou contacto mínimo.

23/01/2014 – 6.7 – Doente em independência modificada sem necessidade de ajuda para desenvolver a atividade.

Apêndice II – Gestão de prioridades nas intervenções de enfermagem de reabilitação ao longo das semanas.



Com este gráfico pretende demonstrar as prioridades de intervenção ao longo das semanas em função dos diagnósticos identificados. Assim define-se no eixo vertical a prioridade da intervenção em que 0 representa nenhuma prioridade e 11 prioridade máxima. Mais uma vez se salienta que, diagnósticos que representam por exemplo à quarta semana uma prioridade mais baixa deixem de ser alvo de intervenção ou avaliação, mas sim, no programa implementado em cada visita representam uma prioridade de intervenção mais baixa, sobretudo, associado aos ganhos que foram sendo obtidos.

**APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem: Quando não existe uma aparente
continuidade de cuidados**

Quando não existe uma aparente continuidade de cuidados

O presente jornal de aprendizagem, surge na sequência dos cuidados ao Sr. A no internamento de Neurocirurgia. Trata-se de um senhor com 82 anos internado por HSA, com necessidade de várias intervenções cirúrgicas. Apresenta um score de 8 segundo a escala de Glasgow e dependente para todas as AVDs. Ao longo do internamento, o Sr. A apresentou claras necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo-se verificado ganhos a vários níveis: prevenção de complicações, estado de vigília, reeducação de várias funções e envolvimento familiar. Após vários meses de internamento, o Sr. A teve alta hospitalar em finais de novembro, sendo referenciado ao hospital da área de residência, onde terá continuado internado. Em todo o processo de planeamento da alta foram tomadas as diligências no sentido de promover a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente através de documento de articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pois, o doente daria entrada no hospital de destino através do serviço de urgência, dificultando uma articulação telefónica.

Ao longo dos cuidados a este doente, foram várias as experiências de aprendizagem vividas, tendo o aspeto mais marcante ocorrido após a alta, no momento em que a Enfermeira Chefe nos comunica que recebeu a visita da filha do Sr. A num estado de preocupação, referindo que o senhor se encontrava “abandonado” no hospital, referia que lhe disseram que não tinha potencial de reabilitação, se encontrava com imensas secreções, novas úlceras de pressão, não teria voltado a fazer levante, num estado de prostração apenas reativo à dor, estando os profissionais apenas preocupados com o tempo de espera para internamento na RNCCI. A filha do Sr. A, pedia se o pai poderia voltar a ser internado ou se o serviço poderia ter uma intervenção junto do hospital de destino no sentido de melhorar os cuidados ao pai.

Esta situação levantou várias questões, algumas das quais certamente não terão respostas, implicando assim uma reflexão e orientação em termos de pesquisa e organização de pensamento:

- Que potencial de reabilitação? Quando termina o potencial de reabilitação num doente? e mais especificamente no Sr. A?
- Enquanto enfermeiro como lidar com uma situação em que todo o investimento num doente foi em vão? Investiu-se demasiado num doente?
- Que repercussões para o doente e família?
- Que implicações para os cuidados de enfermagem de reabilitação?

Um aspeto discutido ao longo deste ensino clínico, prende-se com a questão do **potencial de reabilitação para os cuidados de enfermagem de reabilitação**. Para a minha orientadora, todos os doentes têm um potencial de reabilitação, tendo sido uma ideia que me foi transmitida com o decorrer dos cuidados. Na minha opinião, existe um aspeto, também ele presente ao longo do ensino clínico, que espelha claramente que todos os doentes podem ter potencial para os cuidados de enfermagem de reabilitação. Refiro-me à prevenção de complicações, que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) representa um padrão de qualidade para os cuidados de enfermagem de reabilitação. Por aquilo que atrás foi referido e porque muitos dos ganhos neste doente surgiram da prevenção e de muita estimulação, considero que o Sr. A mantém potencial e uma clara necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Parece claro que é esta visão sobre os doentes e o potencial de reabilitação dos cuidados de enfermagem de reabilitação que nos diferencia na equipa de saúde.

Outro dos aspetos que referenciei prende-se com o sentimento de impotência face a um doente em que se obteve ganhos, e que, num curto período de tempo foram perdidos por não ter sido dada uma aparente continuidade de cuidados de reabilitação. Certamente não se investiu demasiado no doente, mas sim o necessário em função das suas necessidades e, por este motivo considero ser um aspeto que me deixa satisfeito em relação aos cuidados ao doente. Foi claramente desagradável saber que o meu doente regrediu tão significativamente em termos dos ganhos obtidos, sobretudo se for verdade que a causa se prende com o não ter potencial de reabilitação. Outro dos aspetos relevantes centra-se no facto de a própria família perceber que o doente obteve ganhos durante o internamento e sentiu essa perda e por esse

motivo procuraram uma solução. Em termos de repercussões para a família surge-me aqui uma questão, terá a minha intervenção criado expectativas elevadas junto da família, as quais se desvaneceram após a alta hospitalar?

A existência de enfermeiros de reabilitação e a sua disponibilidade para prestar cuidados especializados parece evidenciar-se como um aspeto importante. Assim, considero que, a forma de gestão dos cuidados pode determinar as respostas disponíveis em termos de cuidados, nomeadamente de cuidados de reabilitação. Claramente o serviço onde realizo este ensino clínico valoriza a necessidade de enfermeiros de reabilitação, algo que não parece ser comum a todas as realidades. Este aspeto aproxima-se das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente do domínio da gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010), algo que, enquanto enfermeiros especialistas devemos integrar, no sentido de otimizar o trabalho da equipa adequando-o às necessidades de cuidados.

Esta situação permitiu retirar algumas aprendizagens relevantes para o meu projeto de ensino clínico. Em primeiro lugar a importância da articulação telefónica que neste caso não foi possível realizar, a qual poderia permitir perceber a disponibilidade e os recursos existentes nas unidades ou instituições após a alta. Sem desvalorizar o planeamento da alta ao doente, cuidador e família, aqui surge a questão da importância de se assegurar a continuidade dos cuidados, podendo apresentar-se como um aspeto central em todo este processo. O segundo aspeto surge da discussão com a Enfermeira Chefe e prende-se com o facto de, ao longo de internamento a minha intervenção de planeamento da alta pode ser de capacitar e dar poder à família para cuidar do seu familiar seja em casa ou para colaborar nos cuidados numa unidade hospitalar.

Fica claro que esta situação pode demonstrar que os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais e considero que são nestas situações que os enfermeiros, gerais e especialistas podem tomar uma posição de relevância pois, o doente mais do que tudo tem necessidade de cuidados de enfermagem. É a partir de situações como estas que podemos mostrar o valor dos nossos cuidados.

**APÊNDICE VI - Documento de articulação dos cuidados de Enfermagem
de Reabilitação desenvolvido**

Documento de articulação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Doente: | |
| Data de admissão: | Data da alta: |
| Diagnóstico Clínico: | Antecedentes Pessoais: |
| Informações Gerais: | |

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Consciência

Programa de enfermagem de reabilitação

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Estimular a pessoa | | |
| Gerir o ambiente físico | | |

Vigilâncias e Monitorizações Finais

| | | | |
|--|--|--|---|
| Monitorizar a consciência através da escala de coma de Glasgow – score () | <u>Resposta verbal:</u> sem resposta (1); imperfectível (2); inadequada (3); confusa (4); orientada (5); | <u>Abertura dos olhos:</u> Sem resposta (1); À dor (2), Ao estímulo verbal (3); Espontâneo (4). | <u>Resposta motora:</u> Sem resposta (1); Extensão (2); Flexão normal (3); Retira à dor (4); Localiza a dor (5), Obedece a ordens (6). |
| Vigiar estado de vigília | Acordado espontaneamente Sonolento mas dificilmente despertável Sonolento mas facilmente despertável. | | |

Status Final

| |
|--|
| Consciência, risco de consciência alterada |
| Consciência alterada, em grau reduzido - <i>Lentificado e ou sonolento mas despertavel com estímulos verbais e ou tácteis não dolorosos</i> |
| Consciência alterada, em grau moderado - <i>Sonolento mas dificilmente despertavel, so reagindo se os estímulos forem dolorosos e contínuos.</i> |
| Consciência alterada, em grau elevado - <i>Resposta aos estímulos intensos rudimentar e essencialmente reflexa. (decorticação/descerebracão)</i> |
| Consciência alterada, em grau muito elevado - <i>Resposta aos estímulos dolorosos intensos, abolida.</i> |

Objetivos previstos

| |
|--|
| |
|--|

Memória

Programa de enfermagem de reabilitação

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|

| | | |
|---|--|--|
| Estimular a memória | | |
| Gerir o ambiente físico | | |
| Gerir a comunicação | | |
| Orientar a pessoa no ambiente | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Vigiar a confusão | Orientação, desorientação no espaço Orientação, desorientação no tempo Orientação, desorientação na pessoa Inquietação motora presente Inquietação motora ausente Orientação orientado no T, E, P | |
| Vigiar a memória | Memória afetada, curto prazo Memória afetada, Longo prazo | |
| <u>Status Final</u> | | |
| Memória, comprometida | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Comunicação</u> | | | |
|---|-------------------|-----------------------|---------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação</u> | | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> | |
| Gerir a comunicação | | | |
| Otimizar a comunicação | | | |
| Incentivar a comunicação | | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | | |
| Vigiar a comunicação | | Presente | Ausente |
| | Compreensão | | |
| | Fluência | | |
| | Articulação | | |
| <u>Status Final</u> | | | |
| Fala, comprometida | | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | | |
| | | | |

| <u>Ventilação</u> | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Ensinar técnica respiratória | | |

| | | |
|---|---|--|
| Instruir técnica respiratória | | |
| Treinar técnica respiratória | | |
| Optimizar a ventilação através da técnica de posicionamento | | |
| Executar ventilação com ressuscitador manual | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações</u> | | |
| Vigiar a ventilação | Ritmo regular Ritmo irregular Simetria: simétrico Simetria: assimétrico: D>E Simetria: assimétrico E>D Amplitude: normal Amplitude: profunda Amplitude: superficial Tipo abdominal Tipo torácico Tipo toracoabdominal Auscultação: murmúrio vesicular mantido Auscultação: murmúrio vesicular aumentado Auscultação: murmúrio vesicular diminuído Auscultação: ruídos adventícios roncós Auscultação: ruídos adventícios sibilos Auscultação: ruídos adventícios fervores | |
| <u>Status final</u> | | |
| Ventilação, risco de ventilação comprometida | | |
| Ventilação, comprometida | | |
| Conhecimento sobre técnica respiratória, não demonstrado/demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades para executar técnica respiratória, não demonstrado/demonstrado | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Expertar</u> | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Assistir na tosse | | |
| Ensinar técnica da tosse | | |
| Instruir técnica da tosse | | |
| Treinar técnica da tosse | | |
| Ensinar técnica respiratória | | |
| Instruir técnica respiratória | | |
| Treinar técnica respiratória | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para assistir na tosse | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre | | |

| | | |
|---|---|--|
| dispositivos para assistir na tosse | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para assistir na tosse | | |
| Ensinar sobre dispositivos de mobilização de secreções | | |
| Instruir sobre dispositivos de mobilização de secreções | | |
| Treinar sobre dispositivos de mobilização de secreções | | |
| Ensinar o prestador de cuidados a assistir na tosse | | |
| Instruir o prestador de cuidados a assistir na tosse | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir na tosse | | |
| Executar inaloterapia através de inalador | | |
| Ensinar sobre inaloterapia | | |
| Instruir sobre inaloterapia | | |
| Treinar sobre inaloterapia | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre inaloterapia | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia | | |
| Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento | | |
| Executar cinesiterapia respiratória | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Vigiar a expectoração | Coloração esbranquiçada Coloração amarelada Coloração acastanhada Coloração esverdeada Coloração rosada Hemático Consistência fluida Consistência semi-fluida Consistência espessa Consistência espumosa Quantidade escassa Quantidade abundante Quantidade moderada Sem expetoração | |
| Vigiar o reflexo de tosse | Tosse eficaz Tosse ineficaz Tosse ausente | |
| <u>Status final</u> | | |

| |
|---|
| Expetorar ineficaz em grau reduzido - <i>Reflexo da tosse presente com alguma dificuldade em mobilizar secreções, mas consegue expelir na totalidade.</i> |
| Expetorar ineficaz em grau moderado - <i>Reflexo de tosse presente com dificuldade em mobilizar e expelir as secreções.</i> |
| Expetorar ineficaz em grau elevado - <i>Reflexo da tosse ausente, não consegue mobilizar, nem expelir secreções.</i> |
| Conhecimento sobre técnica da tosse, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para executar técnica da tosse, não demonstrado / demonstrado |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre como assistir na tosse, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre como assistir na tosse, não demonstrado / demonstrado |
| Conhecimento sobre técnica respiratória, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para executar técnica respiratória, não demonstrado / demonstrado |
| Conhecimento sobre dispositivos de mobilização de secreções, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para executar dispositivos de mobilização de secreções, não demonstrado / demonstrado |
| Conhecimento sobre inaloterapia, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para executar inaloterapia, não demonstrado / demonstrado |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia, não demonstrado / demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na inaloterapia, não demonstrado / demonstrado |
| <u>Objetivos previstos</u> |
| |

Movimento Muscular

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Executar técnica de posicionamento | | |
| Executar reeducação funcional motora | | |
| Ensinar sobre exercício físico | | |

Vigilâncias e Monitorizações

| | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|
| Vigiar a força muscular | | MSD | MSE | MID | MIE |
| | Força muscular grau 0/5 | | | | |
| | Força muscular grau 1/5 | | | | |
| | Força muscular grau 2/5 | | | | |
| | Força muscular grau 3/5 | | | | |
| | Força muscular grau 4/5 | | | | |
| | Força muscular grau 5/5 | | | | |
| Vigiar mobilidade [motricidade fina] | Motricidade fina, Presente Motricidade fina, Ausente Motricidade fina, Deficiente | | | | |
| Vigiar mobilidade [motricidade grossa] | Motricidade grossa, Presente Motricidade grossa, Ausente Motricidade grossa, Deficiente | | | | |

Status final

Movimento muscular, comprometido

Conhecimento sobre exercícios físico, não demonstrado/demonstrado

Aprendizagem de habilidades para executar exercício físico, não demonstrado/demonstrado

Objetivos previstos**Espasticidade****Programa de enfermagem de reabilitação realizado****Intervenções****Frequência****Especificações**

Executar técnica de posicionamento

Aplicar frio

Aplicar calor

Executar mobilizações musculo
articulares passivasEnsino sobre exercícios musculo
articulares ativos

Executar reeducação funcional motora

Colocar tala [de Margaret Johnstone]

Vigilâncias e Monitorizações finais

Vigiar movimento muscular

MSD

MSE

MID

MIE

Tónus muscular normal

Tónus muscular hipotonia

Tónus muscular hipertonia reduzida

Tónus muscular hipertonia moderada

Tónus muscular hipertonia elevada

Status final

Espasticidade, risco de espasticidade

Espasticidade, presente em grau reduzido - *Hipertonia leve*Espasticidade, presente em grau moderado - *Hipertonia moderada*Espasticidade, presente em grau elevado - *Hipertonia intensa*Espasticidade, presente em grau muito elevado - *Hipertonia extrema*

Conhecimento sobre exercícios musculo articulares ativos não demonstrado/demonstrado

Aprendizagem de habilidades para executar exercícios musculo articulares ativos não demonstrado/demonstrado

Objetivos previstos

Rigidez articular

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Ensino sobre exercícios musculo articulares ativos | | |
| Exercícios musculo articulares passivos | | |
| Executar reeducação funcional motora | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular | | |
| Avaliar a amplitude articular com goniómetro | | |

Vigilâncias e Monitorizações finais

| | | | | | |
|----------------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| Vigiar movimento articular | | MSD | MSE | MID | MIE |
| | Amplitude normal | | | | |
| | Amplitude Diminuída | | | | |
| | Amplitude aumentada | | | | |

Status final

| |
|--|
| Rigidez articular, risco de rigidez articular |
| Rigidez articular, presente |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular, não demonstrado/demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para executar prevenção da rigidez articular, não demonstrado/demonstrado |
| <u>Objetivos previstos</u> |
| |

Equilíbrio corporal

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|--|--------------------------|------------------------------|
| Ensino sobre exercícios musculo articulares ativos | | |
| Treinar equilíbrio sentado | | |
| Treinar equilíbrio em pé | | |

Vigilâncias e Monitorizações finais

| | | | | |
|----------------------|-----------------------------|----------|---------|------------|
| Avaliar o equilíbrio | | Presente | Ausente | Deficiente |
| | Equilíbrio dinâmico sentado | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | Equilíbrio estático sentado | | | |
| | Equilíbrio estático na posição ortostática | | | |
| | Equilíbrio dinâmico na posição ortostática | | | |
| | Equilíbrio na marcha | | | |
| <u>Status final</u> | | | | |
| Equilíbrio corporal, comprometido | | | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | | | |
| | | | | |

| <u>Esquecimento Unilateral</u> | | |
|---|--|-----------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Executar reeducação funcional motora | | |
| Gerir o ambiente físico | | |
| Estimular a pessoa | | |
| Executar técnica de posicionamento | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Vigiar esquecimento unilateral | Corpo lado direito, negligenciado Corpo lado esquerdo, negligenciado Ambiente lado direito, negligenciado Ambiente lado esquerdo, negligenciado | |
| <u>Status final</u> | | |
| Esquecimento unilateral, presente | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Deglutição</u> | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Executar exercício de tonificação da musculatura da face | | |
| Alimentar a pessoa | | |
| Assistir a pessoa a alimentar-se | | |
| Ensinar sobre técnica de deglutição | | |
| Instruir sobre técnica de deglutição | | |
| Treinar sobre técnica de deglutição | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre | | |

| | | |
|---|--|--|
| técnica de deglutição | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre técnica de deglutição | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre técnica de deglutição | | |
| Ensinar a pessoa sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Instruir a pessoa sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Treinar a pessoa sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentação. | | |
| Inspecionar a cavidade oral após a refeição | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Vigiar deglutição | Ausente Presente, ineficaz para líquidos Presente, ineficaz para pastosos Presente, ineficaz para sólidos Eficaz | |
| Inspecionar a cavidade oral depois da refeição | Presença de alimentos, ausente Presença de alimentos, presente | |
| <u>Status final</u> | | |
| Deglutição, comprometida | | |
| Conhecimento sobre técnica de deglutição, não demonstrado/demonstrado | | |
| Aprendizagem de Habilidades para executar a técnica de deglutição, não demonstrado/demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deglutição, não demonstrado/demonstrado | | |
| Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a técnica de deglutição, não demonstrado/demonstrado | | |
| Conhecimento sobre dispositivos para alimentação, não demonstrado/demonstrado | | |
| Aprendizagem de Habilidades sobre dispositivos para alimentação, não demonstrado/demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentação, não demonstrado/demonstrado | | |
| Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre dispositivos para alimentação, não demonstrado/demonstrado | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

Alimentar-se

Programa de enfermagem de reabilitação

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|--|--------------------------|------------------------------|
| Assistir a pessoa no alimentar | | |
| Providenciar equipamento adaptativo para o alimentar-se | | |
| Ensinar sobre estratégias adaptativas para alimentar-se | | |
| Instruir a utilização de estratégias adaptativas para alimentar-se | | |
| Treinar o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre a alimentação | | |
| Instruir o prestador de cuidados a assistir na alimentação | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir na alimentação | | |
| Gerir o ambiente físico | | |

Vigilâncias e Monitorizações finais

| | |
|---------------------------------------|--|
| Supervisionar a pessoa a alimentar-se | Alimenta-se sem ajuda Não se alimenta sozinho Alimenta-se sem ajuda, mas com dificuldade |
|---------------------------------------|--|

Status final

| |
|--|
| Dependência, grau reduzido - <i>Alimenta-se sozinho mas não organiza as refeições</i> |
| Dependência, grau moderado - <i>Não consegue organizar a refeição nem fraccionar os alimentos, mas consegue alimentar-se total ou parcialmente</i> |
| Dependência, grau elevado - <i>Não é capaz de realizar qualquer actividade relacionada com o alimentar-se</i> |
| Conhecimento sobre estratégias adaptativas para alimentar-se, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para alimentar-se, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento do prestador de cuidados para alimentar, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se, demonstrado/não demonstrado |

Objetivos previstos

| |
|--|
| |
|--|

Posicionar-se

Programa de enfermagem de reabilitação

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|--|--------------------------|------------------------------|
| Assistir a pessoa no posicionamento | | |
| Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se | | |
| Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se | | |
| Instruir a utilização de estratégias | | |

| | | |
|---|--|--|
| adaptativas para o posicionar-se | | |
| Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento | | |
| Instruir o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Supervisionar o posicionamento | Posiciona-se sem ajuda, sem dificuldades Posiciona-se sem ajuda com dificuldade Posiciona-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Posiciona-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Posiciona-se com apoio de equipamento com dificuldade Posiciona-se com apoio de equipamento sem dificuldade | |
| <u>Status final</u> | | |
| Dependência, grau reduzido - <i>Posiciona-se sozinho no leito com dificuldade, utilizando dispositivos adaptativos (trapezio e/ou grades da cama</i> | | |
| Dependência, grau moderado - <i>Posiciona-se no leito com dificuldade, com o apoio de pessoas ou de pessoas e dispositivos adaptativos (trapezio e/ou grades da cama)</i> | | |
| Dependência, grau elevado - <i>Não consegue posicionar-se apesar das ajudas de pessoas ou de dispositivos adaptativos</i> | | |
| Conhecimento sobre estratégias adaptativas para posicionar-se, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades para se posicionar, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento, demonstrado/não demonstrado | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Auto-Cuidado: Higiene</u> | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto-cuidado higiene | | |
| Ensinar sobre o auto-cuidado higiene | | |
| Instruir sobre o auto-cuidado higiene | | |
| Treinar sobre o auto-cuidado higiene | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto-cuidado higiene | | |
| Instruir o prestador de cuidados a | | |

| | | |
|---|--|--|
| assistir no auto-cuidado higiene | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto-cuidado higiene | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Supervisionar o auto-cuidado higiene | Auto-cuida-se sem ajuda, sem dificuldade Auto-cuida-se sem ajuda, com dificuldade Auto-cuida-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Auto-cuida-se com apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Auto-cuida-se com apoio de equipamento sem dificuldade Auto-cuida-se com apoio de equipamento com dificuldade | |
| <u>Status final</u> | | |
| Dependência, grau reduzido - <i>Autocuida-se no leito ou WC mas não organiza os utensílios de higiene</i> | | |
| Dependência, grau moderado - <i>E capaz de colaborar na sua higiene lavando parte do corpo ou partes do corpo</i> | | |
| Dependência, grau elevado - <i>Não e capaz de realizar qualquer actividade relacionada com a sua higiene</i> | | |
| Conhecimento sobre o auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades sobre o auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Auto-Cuidado: Uso do Sanitário</u> | | |
|---|--|------------------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Orientar no uso do equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitario | | |
| Ensinar sobre o auto-cuidado uso do sanitário | | |
| Instruir sobre o auto-cuidado uso do sanitário | | |
| Treinar sobre o auto-cuidado uso do sanitário | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto-cuidado uso do sanitário | | |
| Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto-cuidado uso do sanitário | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto-cuidado uso do sanitário | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Supervisionar o auto-cuidado: uso do sanitário | Usa o sanitário sem ajuda, sem dificuldades Usa o sanitário sem ajuda com dificuldade | |

| | |
|--|--|
| | Usa o sanitário com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Usa o sanitário com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Usa o sanitário com apoio de equipamento com dificuldade Usa o sanitário com apoio de equipamento sem dificuldade |
| <u>Status final</u> | |
| Dependência, grau reduzido - <i>Não tem acesso aos dispositivos de eliminação mas consegue utiliza - los</i> | |
| | |
| Dependência, grau moderado - <i>Utiliza os dispositivos de eliminação com dificuldade na sua manipulação</i> | |
| Dependência, grau elevado - <i>Não consegue utilizar os dispositivos de eliminação</i> | |
| Conhecimento sobre o auto-cuidado uso do sanitário, demonstrado/não demonstrado. | |
| Aprendizagem de habilidades sobre o auto-cuidado uso do sanitário, demonstrado/não demonstrado | |
| Conhecimento do prestador de cuidados para o auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado. | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado higiene, demonstrado/não demonstrado. | |
| <u>Objetivos previstos</u> | |
| | |

| <u>Auto-Cuidado: Vestuário</u> | | |
|--|--|-----------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Orientar no uso do equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário | | |
| Ensinar sobre o auto-cuidado vestuário | | |
| Instruir sobre o auto-cuidado vestuário | | |
| Treinar sobre o auto-cuidado vestuário | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto-cuidado: vestuário | | |
| Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto-cuidado: vestuário | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto-cuidado uso do sanitário | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Supervisionar o auto-cuidado: vestuário | Veste-se sem ajuda, sem dificuldades Veste-se sem ajuda com dificuldade Veste-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Veste-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Veste-se com apoio de equipamento com dificuldade Veste-se com apoio de equipamento sem dificuldade | |
| <u>Status final</u> | | |
| Dependência, grau reduzido - <i>Veste-se e despe-se sozinho mas não organiza o vestuário</i> | | |
| Dependência, grau moderado - <i>E capaz de vestir e despir alguma ou algumas pecas de vestuário</i> | | |
| Dependência, grau elevado - <i>Não e capaz de realizar qualquer atividade relacionada com o vestuário.</i> | | |
| Conhecimento sobre o auto-cuidado vestuário, demonstrado/não demonstrado | | |

| |
|---|
| Aprendizagem de habilidades sobre o auto-cuidado vestuário, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento do prestador de cuidados para o auto-cuidado vestuário, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado vestuário, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado: vestuário, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para o auto-cuidado: vestuário, demonstrado/não demonstrado |
| <u>Objetivos previstos</u> |
| |

| <u>Transferir-se</u> | | |
|---|--|-----------------------|
| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Assistir na transferência | | |
| Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se | | |
| Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| Treinar o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| Informar o prestador de cuidados sobre equipamento adaptativo para o transferir-se | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| Treinar o prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o transferir-se | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Supervisionar a pessoa na transferência | Transfere-se sem ajuda, sem dificuldades Transfere-se sem ajuda com dificuldade Transfere-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Transfere-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Transfere-se com apoio de equipamento com dificuldade Transfere-se com apoio de equipamento sem dificuldade | |
| <u>Status final</u> | | |
| Dependência, grau reduzido - <i>Transfere-se sozinho da cama para o cadeirão com dificuldade, utilizando dispositivos adaptativos</i> | | |
| Dependência, grau moderado - <i>Transfere-se da cama para o cadeirão com dificuldade, utilizando o apoio de pessoas ou de pessoas e de dispositivos adaptativos</i> | | |
| Dependência, grau elevado - <i>Não consegue transferir-se, apesar das ajudas de pessoas ou de dispositivos adaptativos</i> | | |
| Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades para se transferir, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de transferência, demonstrado/não demonstrado | | |

Objetivos previstos

Deambular

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
|--|-------------------|-----------------------|
| Providenciar equipamento adaptativo para o deambular | | |
| Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular | | |
| Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular | | |
| Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular | | |
| Informar o prestador de cuidados sobre equipamento adaptativo para o deambular | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de deambulação | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no deambular | | |
| Treinar o prestador de cuidados a assistir no deambular | | |
| | | |

Vigilâncias e Monitorizações finais

| | |
|------------------------------------|--|
| Supervisionar a pessoa a deambular | Deambula sem ajuda, sem dificuldades Deambula sem ajuda com dificuldade Deambula com apoio do prestador de cuidados com dificuldade Deambula com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade Deambula com apoio de equipamento com dificuldade Deambula com apoio de equipamento sem dificuldade |
|------------------------------------|--|

Status final

| |
|--|
| Dependência, grau reduzido - <i>Não consegue aceder aos auxiliares de marcha mas deambula sozinho.</i> |
| Dependência, grau moderado - <i>Deambula apoiando-se em pessoas ou pessoas e auxiliares de marcha.</i> |
| Dependência, grau elevado - <i>Não consegue deambular apesar das ajudas de pessoas e auxiliares de marcha</i> |
| Conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades para deambular, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deambulação, demonstrado/não demonstrado |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação, demonstrado/não demonstrado |

Objetivos previstos

Auto-Controlo: Continência Urinária

| <u>Programa de enfermagem de reabilitação realizado</u> | | |
|--|---|-----------------------|
| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Especificações</u> |
| Ensinar sobre sinais de retenção urinária | | |
| Gerir a ingestão de líquidos | | |
| Planear a eliminação urinária | | |
| Ensinar sobre auto controlo: continência urinária | | |
| Instruir sobre auto controlo: continência urinária | | |
| Treinar sobre auto controlo: continência urinária | | |
| Executar técnica de esvaziamento vesical | | |
| Ensinar sobre técnica de esvaziamento vesical | | |
| Instruir a pessoa sobre técnica de esvaziamento vesical | | |
| Treinar a pessoa para técnica de esvaziamento vesical | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de esvaziamento vesical | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre técnica de esvaziamento vesical | | |
| Treinar o prestador de cuidados para técnica de esvaziamento vesical | | |
| Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos | | |
| Providenciar arrastadeira ou urinol | | |
| <u>Vigilâncias e Monitorizações finais</u> | | |
| Vigiar eliminação vesical | Incontinência, presente Incontinência, ausente Urgência urinária, presente Urgência urinária, ausente Retenção urinária, presente Retenção urinária, ausente | |
| <u>Status</u> | | |
| Auto-controlo: continência intestinal, ineficaz | | |
| Conhecimento sobre auto controlo: continência urinária, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de Habilidades para auto controlo: continência rinária, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento sobre sinais de retenção urinária, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento sobre técnica de treino vesical, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre treino vesical, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para executar treino vesical, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento sobre técnica de auto cateterização da bexiga, demonstrado/não demonstrado | | |
| Aprendizagem de habilidades para executar a técnica de auto cateterização da bexiga, demonstrado/não demonstrado | | |
| Conhecimento sobre técnica de estimulação da eliminação urinária, demonstrado/não demonstrado | | |

Objetivos previstos

| |
|--|
| |
|--|

Auto-Controlo: Continência Intestinal

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Específicos</u> |
|---|--------------------------|---------------------------|
| Aconselhar hábitos de eliminação intestinal | | |
| Ensinar sobre hábitos alimentares | | |
| Ensinar sobre hábitos de exercício | | |
| Executar técnica de treino intestinal | | |
| Planear eliminação intestinal | | |
| Ensinar sobre hábitos de eliminação intestinal | | |
| Ensinar sobre técnica de treino intestinal | | |
| Instruir a pessoa sobre técnica de treino intestinal | | |
| Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de treino intestinal | | |
| Instruir o prestador de cuidados sobre técnica de treino intestinal | | |
| Executar massagem abdominal | | |
| Ensinar sobre massagem abdominal | | |
| Instruir sobre massagem abdominal | | |
| Treinar sobre massagem abdominal | | |

Vigilâncias e Monitorizações finais

| | |
|--------------------------------|--|
| Vigiar a eliminação intestinal | Incontinência intestinal, presente Incontinência intestinal, ausente Obstipação, presente Obstipação, ausente |
|--------------------------------|--|

Status final

| |
|---|
| Auto-controlo: continência intestinal, ineficaz |
| Conhecimento sobre auto controlo: continencia intestinal, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento sobre técnica de treino intestinal, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento sobre hábitos alimentares, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento sobre hábitos de exercício, demonstrado/não demonstrado |
| Conhecimento sobre hábitos de eliminação intestinal |

Objetivos previstos

| |
|--|
| |
|--|

Edifício Residencial

Programa de enfermagem de reabilitação realizado

| <u>Intervenções</u> | <u>Frequência</u> | <u>Específicos</u> |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Identificar sobre barreiras na habitação | | |

| | | |
|---|--|--|
| Gerir ambiente físico | | |
| Informar sobre recursos comunitários | | |
| Informar sobre adaptação da habitação | | |
| Informar sobre produtos de apoio | | |
| <u>Status final</u> | | |
| Edifício residencial, não adequado | | |
| Conhecimento sobre adaptação residencial, demonstrado/não demonstrado | | |
| <u>Objetivos previstos</u> | | |
| | | |

| <u>Outros instrumentos de avaliação usados</u> | <u>Score</u> |
|---|---------------------|
| Morse | |
| MIF | |
| Braden | |

| |
|----------------------------------|
| <u>Outras informações</u> |
| |

Almada, 19 de Novembro de 2013

Enfermeiro de Reabilitação:

Fundamentação da constituição e preenchimento do documento

O presente documento de trabalho visa contribuir para um enriquecimento da articulação e continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, através da documentação dos cuidados necessários ao doente no momento da alta hospitalar.

Assim, baseado na linguagem CIPE, procurasse neste documento refletir os diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no momento da alta hospitalar. Além disso, pretende-se dar conhecimento do programa de enfermagem de reabilitação implementado no momento e as principais vigilâncias.

O documento encontra-se organizado da seguinte forma:

- a) Cada foco de intervenção de enfermagem de reabilitação encontra-se descrito num quadro.
- b) O quadro de cada foco, encontra-se dividido em: programa de enfermagem de reabilitação atual, principais vigilâncias atuais, status final e objetivos previstos para o doente.
- c) É possível no final do documento redigir outras informações relevantes que não foi possível descrever ao longo do documento. Caso não se justifique a utilização deste campo, o mesmo deve ser eliminado

Orientações de preenchimento:

- a) Apenas devem estar presentes os diagnósticos sensíveis à situação do doente, devendo os restantes ser eliminados através da seleção de toda a tabela e posteriormente realização de *delete*
- b) Dentro do programa de enfermagem de reabilitação, devem constar as intervenções de enfermagem atuais, as quais devem ser especificadas sempre que necessários no campo das especificações. Deve igualmente, deve ser referido a frequência da realização das intervenções. Sempre que uma ou mais intervenções não façam parte do programa do doente, devem ser eliminadas.
- c) As alíneas a) e b) aplicam-se a todos os diagnósticos apresentados no documento.
- d) Em termos de vigilâncias, devem ser identificados os aspetos mais sensíveis à condição do doente, e, aqui, deve ser realizado de duas formas. Em primeiro lugar, eliminando os aspetos que não representam a condição do doente (com o mesmo procedimento do referido para as intervenções) e, em segundo lugar, preenchendo os campos com X (aplicável às vigilância que apresentam um quadro no local de avaliação), de forma a espelhar as vigilâncias realizadas.
- e) Em relação ao status, deve ser identificado a condição do doente em relação ao foco no momento da alta, devendo apenas estar presente, os aspetos sensíveis à condição do doente, sendo os restantes eliminados. Sempre que o ensino, instrução e treino faça parte das intervenções, deve ser identificado se os conhecimentos e habilidades se encontram demonstrados ou não demonstrados.
- f) Por fim, nos objetivos previstos, deve ser descrito de forma breve os objetivos que o programa de reabilitação visa alcançar.

g) As alíneas e) e f) aplicam-se a todos os diagnósticos apresentados no documento

No final do documento, é reservado um espaço para identificação de instrumentos de avaliação utilizados ao longo do internamento, com os respetivos scores e interpretação. Sempre que a MIF for utilizada, deve anexar-se uma cópia do documento de avaliação utilizado no serviço.

**APÊNDICE VII - Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER: ganhos
que não são visíveis a todos.**

Intervenção do enfermeiro de reabilitação: ganhos que não são visíveis a todos.

Vivemos atualmente numa sociedade que se pauta por uma maior sensibilidade para com os custos económicos associados à saúde. Este é um aspeto que pesa nas tomadas de decisão em termos das entidades gestoras e governamentais, representando um motivo que molda grande parte do nosso quotidiano enquanto profissionais de saúde, pois regemo-nos pela melhor utilização dos recursos.

Esta reflexão centra-se nas possíveis vantagens económicas que a intervenção do enfermeiro de reabilitação em contexto comunitário pode ter para o SNS. De destacar que este trabalho representa uma reflexão, pois, sendo leigo em gestão e economia da saúde, as ideias aqui apresentadas são fruto da observação e reflexão pessoal.

É espectável que a intervenção do enfermeiro de reabilitação tenha, dentro do seu domínio de competências, benefícios junto das populações que são alvo da sua intervenção. No entanto esta experiência de ensino clínico na comunidade tem mostrado claramente que existe um benefício económico da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, o qual de certo modo parece permanecer camuflado. Esta ideia surge na sequência de algumas observações e vivências ao longo deste períodos, as quais passo a descrever e que são alvo de reflexão:

- a) A primeira experiência a salientar prende-se com o acompanhamento dos vários doentes que se encontram em processo de transição situacional após hospitalização. A este nível, tendo o Sr. M, o Sr. H, o Sr. N, a D. E e outros beneficiam de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação no domicílio que dão resposta às suas necessidades, do prestador de cuidados e família. Por outro lado, usufruem de “gestores de caso”, que, sempre que necessário identificam necessidades de outros âmbitos profissionais.

- b) Tal como verificado no Sr. M, após a alta hospitalar aguardou mais de 15 dias pelo início da reabilitação no hospital de referência, devido, a disponibilidade dos bombeiros para transporte, disponibilidade dos profissionais do hospital e outros. Aqui pode-se questionar qual teria sido o impacto deste tempo de espera junto do doente e família caso não existisse uma intervenção por parte da ECCI, pois, é um facto aceite que o tempo é determinante no sucesso do programa de reabilitação e prevenção de complicações.
- c) A última situação que apresento reflete a intervenção do enfermeiro de reabilitação na comunidade em termos de prevenção primária e secundária. Este aspeto surge da intervenção junto da D. M uma idosa acamada dependente para as AVDs e cuidada pela filha, que é acompanhada pela equipa há algum tempo. Esta senhora iniciou um quadro de agravamento do seu estado, caracterizado por alteração do estado de consciência, aumento e dificuldade em mobilizar e expelir secreções e uma aparente alteração na deglutição. Neste primeiro dia, a intervenção da Enf^a MJ, em termos de avaliação, intervenção (cinesiterapia respiratória) e recomendações à filha, permitiu otimizar a situação. Nos dias seguintes, a senhora recebeu um programa de enfermagem de reabilitação (com maior enfoque na cinesiterapia respiratória), que tem permitido junto com outras intervenções (ENG, requisição de aspirador, ensinios à filha sobre aspiração de secreções, alimentação, hidratação, posicionamento e outros) uma melhoria da condição da doente, redução da ansiedade da filha e um maior descanso desta, sem necessidade de intervenções institucionais.

Em todas as situações acima descrita existe uma clara necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, os quais têm sido fundamentais. No entanto vejo igualmente benefícios em termos económicos da nossa intervenção em contexto comunitário.

No primeiro caso a), os doentes usufruem dos cuidados de reabilitação necessários no domicílio sem custos acrescidos associados à institucionalização. De facto, os cuidados no domicílio parecem ser o foco privilegiado de intervenção, algo que alguns países europeus já se

aperceberam, como é o caso da Irlanda (Minister for Health, 2011), onde a intervenção comunitária é bastante valorizada. A fundamentar estas políticas estão alguns trabalhos científicos como seja Anderson, et al, (2002)²⁹ citado por Minister for Health, (2011) que refere que a alta precoce com cuidados de reabilitação domiciliários permite baixar custos e duração do internamento. Por outro lado, Björkdahl et al. (2006)³⁰ citado por Minister for Health, (2011) verificou no seu estudo que a reabilitação no domicílio em comparação com clínicas, mostra ser equivalente em termos de resultados de reabilitação, no entanto, no domicílio verifica-se uma redução de 42% dos custos totais. Além disso, o programa de reabilitação no domicílio dá resposta às claras necessidades dos doentes. Este é um aspeto evidenciado pela AHRQ (2013) ao referir que, a reabilitação em casa e na comunidade elimina custos baseados em instituições e presta cuidados que são direcionados para o ambiente doméstico do indivíduo.

Em relação à segunda situação b), certamente houve ganhos no facto de o doente não estar 15 dias à aguarda o início da reabilitação, pois, sabemos que este período poderia ser favorável ao aparecimento de complicações, podendo atrasar ou comprometer o processo de reabilitação, podendo aumentar os custos destes.

Por fim a última situação descrita c), onde a meu ver fica claro que a intervenção do enfermeiro especialista poderá ter evitado a necessidade de recorrer a uma urgência ou internamento hospitalar, uma vez que toda a intervenção foi realizada em contexto domiciliário, prevenindo-se outras complicações.

Não pretendo com esta reflexão dizer que os cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade podem ser de baixo custo ou que os indicadores de resultados dos mesmos se devam direccionar para questões económicas, mas sim, que são fundamentais para dar resposta às necessidades das pessoas e existem benefícios em termos económicos e poupança de recursos para o SNS, os quais não parecem ser contabilizados ou dado visibilidade. Este é a

²⁹ Não foi possível aceder à fonte primária

³⁰ Não foi possível aceder à fonte primária

meu ver um aspeto a valorizar e com uma clara necessidade de ser demonstrado, algo que dependerá de nós próprios.

Tendo por base a situação descrita em b), relativa a doentes acompanhados após alta hospitalar, considero que se trata de um aspeto com relevância para o projeto de estágio. Pretendo assim referir que, um planeamento da alta estruturado, com uma adequada articulação e com cuidados na comunidade que dão resposta às necessidades dos doentes nos três níveis de prevenção poderemos estar a otimizar e tomar um melhor partido dos recursos do SNS.

Por fim, esta vivência fez-me igualmente rever algumas das aprendizagens realizadas ao longo das sessões letivas do curso, nomeadamente os desafios que se colocam à enfermagem de reabilitação, entre os quais se encontra o investimento no contexto comunitário.

**APÊNDICE VIII - Formação sobre Aplicação da crioterapia na
espasticidade na pessoa com AVC: Plano de sessão**

Plano da sessão de formação em serviço

Tema: Aplicação da crioterapia na espasticidade

Responsável: João Domingos

Diagnóstico:

Durante a prestação de cuidados verificou-se que algumas técnicas poderiam ser aplicadas na prevenção e tratamento da espasticidade na pessoa com AVC. Entre elas surgiu a aplicação do frio, técnica sobre a qual tinha um total desconhecimento. A partir daí surgiu a necessidade de desenvolver e aprofundar os conhecimentos em relação à aplicação do frio na espasticidade na pessoa com AVC.

Objetivos:

- Dar a conhecer à equipa, os conhecimentos desenvolvidos após a análise da evidência científica relativa à aplicação da crioterapia na espasticidade na pessoa com AVC.

Destinatários:

Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Duração: 14h00 – 16h00

Local: Serviço de Neurocirurgia – Sala de reunião

Data da realização: 17/12/2013

| Conteúdos | Meios | Metodologia | Tempo Previsto |
|---|--------------------------------|-------------------------|----------------|
| <u>Introdução à sessão:</u> | ✿ Projecção visual em datashow | ✿ Exposição oral | 2min |
| ✿ Apresentação dos objetivos da sessão | | | |
| <u>Desenvolvimento:</u> | ✿ Projecção visual em datashow | ✿ Exposição oral | 40 min |
| ✿ Crioterapia: princípios básicos | | | |
| ✿ Espasticidade na pessoa com AVC | | | |
| ✿ Aplicação da crioterapia na espasticidade | | | |
| ✿ Benefícios e desvantagens da técnica. | | | |
| ✿ Evidencia científica existente em relação à aplicação da técnica. | | | |
| <u>Conclusão:</u> | ✿ Projecção visual em datashow | ✿ Exposição oral | 10 min |
| ✿ Síntese dos principais aspetos abordados. | | | |
| ✿ Discussão | | ✿ Interação e Discussão | |

**APÊNDICE IX - Formação sobre dispositivos de ajuda para mobilização de
secreções: plano de sessão**

Plano da sessão de formação em serviço

Temas: Dispositivos de mobilização de secreções

Responsável: João Domingos

Diagnóstico:

Interesse demonstrado pelo estado da arte em relação aos dispositivos de mobilização de secreções.

Objetivos:

- Dar a conhecer os dispositivos de mobilização de secreções
- Dar a conhecer as especificidades inerentes à utilização de cada dispositivo
- Dar a conhecer a evidência científica relativa à utilização dos dispositivos

Destinatários:

Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeiros generalistas

Duração: 14h00 – 16h00

Local: Sala de reunião

Data da realização: 17/12/2013

| Conteúdos | Meios | Metodologia | Tempo Previsto |
|---|--------------------------------|---|----------------|
| <u>Introdução à sessão:</u> * Apresentação dos objetivos da sessão | * Projecção visual em datashow | * Exposição oral | 2min |
| <u>Desenvolvimento:</u> * Dispositivos de mobilização de secreções * Especificidades de cada dispositivo de mobilização de secreções * Indicações de aplicação * Evidencia científica existente em relação à aplicação dos dispositivos de mobilização de secreções | * Projecção visual em datashow | * Exposição oral | 30 min |
| <u>Conclusão:</u> * Síntese dos principais aspetos abordados. * Discussão | * Projecção visual em datashow | * Exposição oral * Interação e Discussão | 15 min |